

## University of Groningen

### Intieme relaties & Fibromyalgie

Keers, J.C.

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1999

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Keers, J. C. (1999). *Intieme relaties & Fibromyalgie*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



# **INTIEME RELATIES & FIBROMYALGIE**

**DE ROL VAN  
BESCHERMEND BUFFEREN & OVERBESCHERMING**



**Afstudeerproject  
Joost C. Keers  
Begeleiders: Prof. Dr. A.P. Buunk & Dr. M. Hagedoorn  
Rijksuniversiteit Groningen  
Afdeling Sociale Psychologie  
Augustus 1999**

Koptekst: Intieme relaties & Fibromyalgie

Intieme relaties & Fibromyalgie: De rol van Beschermend Bufferen & Overbescherming

Joost C. Keers, 0848735

Begeleiders: Prof. Dr. A. P. Buunk & mw. Dr. M. Hagedoorn

Extern begeleider: mw. Drs. A van Galen (FES)

Rijksuniversiteit Groningen

Afdeling Sociale Psychologie

Augustus 1999

Noot:

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door de Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten (FES).

Correspondentie: Joost C. Keers, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG), A. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen, E-mail: [j.c.keers@med.rug.nl](mailto:j.c.keers@med.rug.nl)

Voorwoord

Aan deze scriptie ging een heel proces vooraf; onder andere mijzelf inlezen in het onderwerp fibromyalgie en een aantal gesprekken met fibromyalgiepatiënten en hun partners. Dit voorwerk resulteerde in een redelijk uitgebreide vragenlijst die bij een aantal leden van de Nationale Fibromyalgie vereniging werd afgenomen (FES). Dit leverde een grote hoeveelheid data op waarvan ik voor deze scriptie slechts een deel kon gebruiken. Er liggen dus nog veel gegevens te wachten om geanalyseerd te worden en dat is ook zeker de bedoeling.

Bij het uitvoeren van dit project heb ik op verschillende manieren veel hulp gehad van een aantal mensen. Ten eerste wil ik Prof. Dr. Buunk bedanken voor zijn begeleiding gedurende de hele onderzoeksperiode. Hij wist mij goed te helpen bij het kiezen van een deelonderwerp, terwijl ik zelf vaak alles wilde onderzoeken. Hierdoor behandelt mijn scriptie een afgebakend en overzichtelijk geheel.

Ook wil ik Aty van Galen bedanken, zij speelde op de achtergrond een belangrijke rol. Zij hielp bij het leggen van goede contacten met het FES en kon verschillende zaken vanuit zowel het oogpunt van psycholoog als fibromyalgie patiënt bekijken.

Mariët Hagedoorn was een grote steun bij het uitvoeren en vooral bij het beschrijven van de uitkomsten van statistische analyses, verder heeft zij mij uitstekend de zomer doorgeholpen toen anderen op vakantie waren.

Vervolgens wil ik Jelte Bouma bedanken, die mij de mogelijkheid gaf het project op het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken uit te voeren. Ik heb met veel plezier op het NCG gewerkt en ben erg blij met de kans dat de komende vier jaar te blijven doen als AIO. Hierbij wil ik ook Robbert Sanderman, waarvoor ik naast mijn afstudeerproject als student-assistent heb gewerkt, bedanken. Deze werkervaring vormde onder meer een basis voor mijn enthousiasme voor wetenschappelijk onderzoek en mijn aanstelling als AIO.

Verder wil ik de medewerkers van het FES hoofdkantoor bedanken voor hun medewerking bij het versturen van de vragenlijsten.

Tenslotte wil ik iedereen bedanken die de vragenlijst heeft ingevuld en teruggestuurd. Alle bovengenoemde mensen hebben er voor gezorgd dat ik een interessant afstudeerproject heb kunnen voltooien.

Joost Keers

augustus, 1999

## Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
Methode	14

Procedure	14
Steekproef	14
Meetinstrumenten	16
Resultaten	20
Descriptieve gegevens	20
Beschermend bufferen en overbescherming door de partner	21
Depressieve klachten en subjectieve beperkingen bij de patiënt	24
Mediërende variabelen in het model	26
Discussie	29
Literatuur	35
Bijlage 1: Tabellen en Figuren	39
Bijlage 2: Items van de gebruikte vragenlijsten	52

## Samenvatting

Fibromyalgie is een veel voorkomend syndroom dat gekenmerkt wordt door chronische wijd verspreide pijn, vermoeidheid en stijfheid. Verondersteld wordt dat fibromyalgie een belangrijke invloed heeft op de intieme relatie. In dit onderzoek is nagegaan hoe functionele beperkingen van de patiënt zoals waargenomen door de partner, de partners tevredenheid met de relatie, en zijn of haar copingstijl samenhangen met overbescherming en beschermend

bufferen. Bij de patiënt is het verband tussen de ervaren overbescherming, beschermend bufferen, tevredenheid met de relatie en depressieve klachten en subjectieve beperkingen (bijvoorbeeld pijn) nagegaan. De beide partners van de 55 (echt)paren kwamen overeen in hun oordeel over overbescherming en beschermend bufferen. Beschermend bufferen door partners bleek positief gerelateerd aan hun tevredenheid met de relatie en een passief ziekte-vermijdende copingstijl. Overbescherming bleek positief gerelateerd aan waargenomen functionele beperkingen en passief ziekte-vermijdende coping. Voor partners die weinig functionele beperkingen waarnamen en tevreden waren met de relatie hing een minder passief ziekte-vermijdende copingstijl samen met minder overbescherming. De ervaren overbescherming en beschermend bufferen bleken positief en tevredenheid was negatief gerelateerd aan depressieve klachten bij de patiënt. De positieve relatie tussen beschermend bufferen en depressieve klachten ging vooral op voor laag tevreden patiënten die weinig overbescherming ervaarden. De ervaren overbescherming en beschermend bufferen waren positief gerelateerd aan subjectieve beperkingen. Geconcludeerd wordt dat de respondenten in dit onderzoek een relatief goede relatie hadden en dat vervolgonderzoek zich ook dient te richten op verbroken relaties. Verder betreft dit onderzoek een momentopname waardoor oorzaak-gevolg interpretaties niet mogelijk zijn; longitudinaal onderzoek is nuttig om ontwikkelingen in relaties vanaf de diagnose in kaart te brengen.

### Inleiding

Het fibromyalgie syndroom of fibromyalgie (FM) is een veel voorkomend chronisch pijnsyndroom, dat gekenmerkt wordt door wijd verspreide pijn over het gehele lichaam, gevoeligheid op bepaalde 'drukpunten', onvoldoende herstel na slaap, vermoeidheid en vooral 's morgens stijfheid (Wolfe, Smythe en Yunus, 1990). De patiëntengroep bestaat voor 73 tot 88 procent uit vrouwen (Schaefer, 1994), voornamelijk in de leeftijd van 20 tot 50 jaar (Pellegrino, 1997) en het komt naar schatting bij zo'n 400.000 Nederlanders voor (Soerjanto, 1998). In 1990 zijn er internationale criteria opgesteld door de 'American College of Rheumatology' (ACR) voor de vaststelling van fibromyalgie (Wolfe et al., 1990). Deze criteria zijn het voorkomen van wijd verspreide pijn gedurende minimaal drie maanden en een toegenomen gevoeligheid op ten minste elf van de achttien tenderpoints (zie Figuur 1). Deze tenderpoints worden gebruikt bij de diagnosering van fibromyalgie, maar ze zeggen weinig over de ernst van het syndroom. Patiënten met meer tenderpoints hebben geen ernstiger klachten dan patiënten met minder van deze punten, wellicht omdat mensen met minder van deze punten een hogere pijngrens hebben (Wolfe, 1998). Daarnaast voldoet een deel van de met fibromyalgie gediagnosticeerde mensen na verloop van tijd niet meer aan de criteria. Gangres, Zilko en Littlejohn (1994) vonden dat twee jaar na diagnose 47 procent niet meer aan de criteria voldeed. Niet alle gevallen van fibromyalgie kunnen worden vastgesteld aan de hand van deze criteria en de criteria zijn zeker ook niet uitputtend voor

de klachten behorend bij de ziekte. Of en in welke mate iemand aan fibromyalgie heeft wordt niet alleen door deze criteria bepaald.

Een belangrijk symptoom bij fibromyalgie is vermoeidheid. Hieronder vallen zowel onuitgerust wakker worden als plotseling opkomende ernstige vermoeidheid. In verschillende onderzoeken zijn slaapstoornissen onderzocht bij FM-patiënten. Er is gevonden dat fibromyalgie-patiënten onrustiger zijn tijdens de slaap en minder stadium-1 (aanvangsslaap), stadium-4 (diepe slaap) en REM-slaap vertonen (Anch, Lue, MacLean en Moldofsky, 1991). Dit geldt echter niet voor alle fibromyalgiepatiënten. Er wordt vermoed dat fibromyalgie gepaard gaat met hormonale afwijkingen, maar hierover is weinig met zekerheid te zeggen (Scheafer, 1994). Er zijn geen afwijkingen in de spierwerking en structuur gevonden bij mensen met fibromyalgie. Daarnaast hebben FM-patiënten meer depressieve gevoelens, al is dit niet afhankelijk van de ernst van de lichamelijke klachten (Miller, Allen en Gandevia, 1996; Haarlemmer en Soerjanto, 1996). Het hebben van depressieve klachten is overigens een vrij normaal verschijnsel bij chronische ziekten; zo bleken patiënten met reumatische arthritis, patiënten met chronische vermoeidheid en fibromyalgiepatiënten in dezelfde mate aan depressie te lijden (De Blécourt en Knipping, 1995; Kendell, 1992).

Fibromyalgie is moeilijk objectief vast te stellen, omdat er geen symptomen bestaan waaraan alle patiënten volledig voldoen en er geen duidelijke oorzaken zijn. Daarnaast kan de combinatie met andere aandoeningen een diagnose vertroebelen. Fibromyalgie is een niet op zichzelf staande aandoening, het heeft een zekere overlap met andere chronische ziekten. Zo komt fibromyalgie vaak voor in combinatie met chronische vermoeidheid en met het chronisch pijnsyndroom en tevens komen chronische vermoeidheid en chronische pijn vaak onderling gecombineerd voor. Deze drie syndromen vertonen niet alleen een behoorlijke mate van overlap, maar zijn tevens vaak niet goed onderling te onderscheiden (De Blécourt en Knipping, 1995; zie Figuur 2).

Artsen zijn in het algemeen geneigd te vertrouwen op zichtbare en duidelijk meetbare zaken zoals bloeddruk, hartslag en lichaamsgewicht en minder op ervaringen van de patiënt en schalen die bijvoorbeeld kwaliteit van leven meten. Op de eerstgenoemde metingen wijken patiënten met FM echter niet af van gezonde mensen, maar op de tweede wel (Bellany, Kaloni, Pope, Coulter en Campbell, 1998). Daarbij komt dat een aantal artsen fibromyalgie niet serieus neemt. Hierdoor moeten patiënten vaak een lange en moeizame weg doorlopen bij de diagnose, behandeling en acceptatie van de ziekte. Veel patiënten rapporteren een moment waarop ze dachten dat de ziekte 'tussen de oren' zat hetgeen vaak werd versterkt door de visie van de artsen (Schaefer, 1994). Een groot aantal

patiënten heeft veel specialisten bezocht voordat fibromyalgie werd geconstateerd en heeft op vele manieren geprobeerd de klachten te verhelpen. Zo heeft 91 procent van de patiënten ooit alternatieve geneeswijzen gebruikt (Nicassio, Schuman, Kim, Cordova en Weisman, 1997). Bij het proces voordat de diagnose is gesteld en het omgaan met een ziekte waarvoor geen afdoende behandeling is, is sociale steun erg belangrijk. Met name de partner is een belangrijke bron van steun (Williamson, Robinson en Melamed, 1997; Pellegrino, 1997). Dit kan moeilijk zijn, omdat symptomen van FM niet duidelijk zichtbaar zijn, de toestand van de patiënt nogal eens wisselt (Haarlemmer et al., 1996) en ook bij de partner ongeloof kan bestaan over het 'werkelijkheidsgehalte' van het syndroom.

**Hoewel er verscheidene onderzoeken zijn gedaan naar intieme relaties waarin één van de partners aan een chronische ziekte lijdt, is er weinig onderzoek gedaan naar fibromyalgie. Elke ziekte of aandoening is echter weer anders en zal andere effecten hebben op het functioneren van de patiënt en op de relatie. Daarom is het belangrijk dat bij verschillende patiëntengroepen onderzoek wordt gedaan. Fibromyalgie is een nog vrij onbekend syndroom, dat een dubieuze reputatie heeft; is het echt of aanstellerij? Hierdoor kennen mensen met fibromyalgie en hun partners hun eigen problemen. Daarnaast heeft de ziekte op zich bepaalde karakteristieken, waarin het afwijkt van andere aandoeningen, bijvoorbeeld de wisselingen in het fysiek functioneren van de patiënt. Ook dit zal zijn uitwerking op de relatie hebben. Het is wel bekend dat wanneer één van beide partners aan chronische pijn lijdt dit een grote invloed kan hebben op de intieme relatie. Met name partners van pijnpatiënten ervaren een achteruitgang in de relatie, maar dit geldt ook voor de patiënten zelf (Maruta en Osborne, 1978; Thompson en Pitts, 1992). Omdat pijn de belangrijkste klacht is bij fibromyalgie (Van Galen, 1998; De Blécourt en Knipping, 1995), ligt het voor de hand te veronderstellen dat fibromyalgie invloed zal hebben op de intieme relatie. De geringe hoeveelheid beschikbare literatuur over het onderwerp, het veel voorkomen van fibromyalgie en de onbekendheid van FM vormen een aanleiding voor dit onderzoek.**

In een intieme relatie zijn mensen wederzijds afhankelijk; wanneer één van de partners een chronische ziekte heeft, beïnvloedt dat tevens de ander. Dit geldt op zowel praktisch als psychologisch niveau (Kelly & Thibaut, 1978). Beide partners in een relatie zoeken naar een balans, zoals wordt beschreven in de billijkheidstheorie (Walster, Berscheid en Walster, 1973; Walster, Walster en Berscheid, 1978). Mensen zijn het meest tevreden wanneer er een eerlijke verdeling is in de relatie en met name benadeling zorgt voor minder tevredenheid (Van Yperen en Buunk, 1990). Wanneer de verdeling in onbalans raakt, wat zeker niet denkbeeldig is als één van beide partners een chronische aandoening heeft, zal dat gepaard gaan met negatieve emoties. Voornamelijk schuld bij de bevoordeelde en kwaadheid, frustratie en zich gekwetst voelen bij de benadeelde partner (Walster et al., 1973; Sprecher, 1986; Keers, Winters en Boven, 1998).



**De gezonde partner zal meer moeten doen dan voorheen en de zieke partner kan minder dan voorheen. Deze nieuwe verdeling zal bij beide partners de nodige aanpassing vergen. De eerder beschreven negatieve gevoelens die kunnen ontstaan door onbalans zullen in een situatie waarin een van beide partners ziek is, wellicht minder sterk zijn dan wanneer beiden gezond zijn. Het kan immers zijn dat de gezonde partner dingen overneemt vanwege de ziekte van zijn of haar partner en neemt deze niet over vanwege onwil bij de patiënt. De gezonde partner kan ook teveel uit handen van de patiënt willen nemen. Dit kan een gevolg zijn van overbescherming. Overbescherming refereert aan het onderschatten van de mogelijkheden van de patiënt, wat zich uit in bijvoorbeeld het onnodig verlenen van hulp, het overdreven prijzen voor doelen die de patiënt bereikt of pogingen om de patiënt te beletten activiteiten te ondernemen (Avorn en Langer, 1982).**

Uit verschillende onderzoeken zijn een aantal negatieve effecten van overbescherming naar voren gekomen, waarbij de perceptie van deze overbescherming door de patiënt een belangrijke rol speelt (Thompson en Sobolew-Shubin, 1993). Zo ervaren patiënten met een overbeschermende partner meer depressie en minder controle (Kuijer, Ybema, Buunk, De Jong, Sanderman en Thijs-Boer, 1996) en kan overbescherming de motivatie om zelf dingen te doen en het gevoel van competentie verminderen (Avorn en Langer, 1982). Een negatieve spiraal die door overbescherming kan worden bekrachtigd is dat zogenaamd pijngedrag (gedrag om aan te geven dat men pijn lijdt) wordt beloond. Zo wordt dit gedrag in stand gehouden en verdwijnt gedrag dat gericht is op het beter gaan functioneren (Thompson en Pitts 1992; De Blécourt en Knipping, 1995). Verwant aan overbescherming is beschermend bufferen (Coyne en Smith, 1994). Beschermend bufferen wordt voornamelijk gekenmerkt door het doen of er niets aan de hand is om zo problemen uit de weg te gaan (Buunk, Berkhuisen, Sanderman, Nieuwland en Ranchor, 1996). Zowel overbescherming als beschermend bufferen kan voortkomen uit het idee van de partner de patiënt te willen beschermen. Bij overbescherming komt dit vooral naar voren in het actief dingen van de patiënt over te nemen, terwijl beschermend bufferen er meer op gericht is de ziekte te ontkennen.

**Uit gesprekken met een aantal fibromyalgiepatiënten en hun partners kwam een aantal manieren naar voren waarop men met de aandoening omging, die beschouwd kunnen worden als copingstijlen met betrekking tot fibromyalgie. Bij nadere bestudering van deze verschillende copingstijlen zijn ze te schalen langs twee dimensies, een actief-passieve dimensie en een ziekte gericht-ziekte vermijdende dimensie. Deze dimensies beschrijven vier condities of copingsstijlen, namelijk actief gericht op de ziekte, passief gericht op de ziekte, actief de ziekte vermijden en passief de ziekte vermijden (zie Figuur 3). Enerzijds kunnen overbescherming en beschermend bufferen, zoals dit wordt ervaren door de patiënt van invloed zijn op de manier waarop de patiënt met fibromyalgie omgaat. Anderzijds kan de manier van omgaan met fibromyalgie door de partner van invloed zijn op de mate van overbescherming en beschermend bufferen.**

In dit onderzoek zal de rol van overbescherming en beschermend bufferen in intieme relaties van fibromyalgiepatiënten worden bestudeerd. Deze begrippen sluiten nauw op elkaar aan en daarom zal voor beide begrippen hetzelfde model worden gebruikt (zie Figuur 4) en zijn de hypothesen die worden getoetst veelal gelijk voor overbescherming en beschermend bufferen.

Centraal in dit figuur staan de overbescherming en beschermend bufferen, zoals aangegeven door de partner en zoals deze worden ervaren door de patiënt. In beide gevallen gaat het dus om gedrag van de partner, aangegeven door de partner zelf of de ervaring van dit gedrag van degene waarop het gedrag gericht is, de patiënt. Aangenomen wordt dat de mate van overbescherming of beschermend bufferen door de partner door een aantal factoren wordt beïnvloed. In het in deze studie gebruikte model zijn dit de perceptie van de partner over de functionele beperkingen van de patiënt, de partners tevredenheid met de relatie en de copingstijl van de partner met betrekking tot de aandoening. Deze factoren liggen bij de partner, maar kunnen wel mede bepaald worden door factoren die bij de patiënt liggen. Zo zal de perceptie over functionele beperkingen van de patiënt mede bepaald worden door de mate waarin de patiënt zelf deze beperkingen aangeeft. Ook zullen copingstijlen van partner en patiënt elkaar wederzijds beïnvloeden.

In het model hebben de door de patiënt ervaren overbescherming en beschermend bufferen invloed op de subjectieve beperkingen als gevolg van fibromyalgie (bijvoorbeeld vermoeidheid, pijn of nervositeit) en depressieve symptomen. De perceptie van overbescherming en beschermend bufferen zullen niet het enige zijn die van invloed zijn. Zo kan tevredenheid met de relatie van de patiënt tevens een factor zijn die een invloed kan hebben op depressie en wellicht op het ervaren van subjectieve beperkingen (met name op de meer psychische aspecten van deze subjectieve beperkingen, zoals nervositeit en gespannenheid) en is daarom in dit model opgenomen.

In dit onderzoek staan enkele algemene onderzoeksvragen centraal. Bij deze onderzoeksvragen wordt onderscheid gemaakt tussen overbescherming en beschermend bufferen zoals de partner dit aangeeft en zoals de patiënt de overbescherming en het beschermende bufferen ervaart.

- In hoeverre worden de mate van overbescherming en beschermend bufferen door de partner beïnvloed door de door de partner waargenomen functionele beperkingen bij de patiënt, de tevredenheid met de relatie en de gehanteerde copingstijl?
- In hoeverre worden de mate van depressieve klachten en subjectieve beperkingen bij de patiënt beïnvloed door de door de patiënt waargenomen overbescherming, beschermend bufferen en de tevredenheid met de relatie?

Het gebruikte model en de onderzoeksvraag hebben tot een aantal hypothesen geleid.

Hypothesen 1a tot en met 1d behandelen gevoelens en gedrag van de partner, deze zijn terug te vinden in het linker deel van het hypothetisch model (Figuur 4). De hypothesen 2a en 2b hebben betrekking op ervaringen en gevoelens van de patiënt en zijn terug te vinden in het rechter deel van Figuur 4.

- Hypothese 1a: naarmate de tevredenheid met de relatie hoger is zal de partner minder beschermend bufferen en minder overbescherming vertonen.

- Hypothese 1b: naarmate de fibromyalgie impact hoger is zal de partner meer beschermend bufferen en meer overbescherming vertonen.
  - Hypothese 1c: naarmate de partner op een meer passieve ziekte-vermijdende manier met de aandoening omgaat zal deze meer beschermend bufferen.
  - Hypothese 1d: naarmate de partner op een meer actieve ziekte-gerichte manier met de aandoening omgaat zal deze meer overbescherming vertonen.
  - Hypothese 2a: naarmate de patiënt meer overbescherming en beschermend bufferen ervaart en minder tevreden is met de relatie zal deze meer subjectieve beperkingen aangeven (subjectieve fibromyalgie impact).
  - Hypothese 2b; naarmate de patiënt meer overbescherming en beschermend bufferen ervaart en minder tevreden is met de relatie zal deze meer depressieve klachten hebben.
- Hypothese 1c en 1d zijn dus de enige hypothesen waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen overbescherming en beschermend bufferen, waarbij overbescherming samenhangt met ziekte-gericht gedrag en beschermend bufferen met ziekte-vermijdend gedrag.

## Methode

### Procedure

Dit onderzoek richtte zich op intieme relaties waarin één van beide partners fibromyalgie heeft. Hiertoe zijn setjes van twee vragenlijsten (één voor de patiënt en één voor de partner) naar 200 willekeurige leden boven de 20 jaar van de Nationale Fibromyalgie Vereniging (FES) verstuurd. In het begeleidend schrijven werd de nadruk gelegd op het afzonderlijk invullen van de vragenlijst en patiënt en partner konden de vragenlijst apart retourneren met behulp van een antwoordenvolp. Wegens privacy overwegingen kon er bij verzending geen rekening worden gehouden of men wel of geen

intieme relatie had. De respons van 32 % is hier ongetwijfeld negatief door beïnvloed omdat een deel van de aangeschreven patiënten buiten de doelgroep viel en de vragenlijst niet kon invullen.

### **Steekproef**

Nadat enkele respondenten buiten de onderzoeksgroep zijn gehouden vanwege het te onvolledig invullen van de vragenlijst of het niet hebben van een partner bestond de steekproef uit 63 patiënten en 60 partners. De totale steekproef bestond uit 55 paren (53 man-vrouw en 2 vrouw-vrouw) die zijn gekoppeld door middel van een corresponderend nummer op de vragenlijst van patiënt en partner.

De groep patiënten bestond voor ruim 90 % uit vrouwen, 77 % was getrouwd, 15 % woonde samen en 8 % had een LAT-relatie. De gemiddelde leeftijd was 46 jaar ( $\underline{M} = 45.84$ ,  $\underline{SD} = 10.44$ ), de gemiddelde duur van de relatie ruim 20 jaar ( $\underline{M} = 20$  jaar en 2 maanden,  $\underline{SD} = 146.3$  maanden) en 77 % had kinderen ( $\underline{M} = 1.67$ ,  $\underline{SD} = 1.14$ ). De meeste patiënten hebben lager tot middelbaar beroepsonderwijs genoten (lager beroepsonderwijs 21 %; mulo, mavo, 3-jarige HBS 26 %; middelbaar beroepsonderwijs 24 %). Het grootste deel van de patiënten was arbeidsongeschikt (34 %), deed het huishouden (18 %) of werkte parttime (18 %) of fulltime (10 %).

De diagnose fibromyalgie was gemiddeld 5 jaar geleden gesteld ( $\underline{M} = 59.67$  maanden;  $\underline{SD} = 43.48$ ) en men gaf aan gemiddeld al een kleine 15 jaar ( $\underline{M} = 176.57$  maanden;  $\underline{SD} = 137.78$ ) voor de diagnose last te hebben van de aandoening. Achtenveertig procent van de respondenten had naast fibromyalgie nog één of meerdere andere aandoeningen, waarvan 24 % een vorm van reuma.

De groep partners bestond voor 85 % uit mannen, 78 % was getrouwd, 15 % woonde samen en 7 % had een LAT-relatie. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar ( $\underline{M} = 47.27$ ;  $\underline{SD} = 9.58$ ), de gemiddelde duur van de relatie was bijna 20 jaar ( $\underline{M} = 19$  jaar en 11 maand,  $\underline{SD} = 132.94$  maanden) en 78 % had kinderen ( $\underline{M} = 1.77$ ). De opleiding van de partners varieerde in het algemeen van lager tot hoger beroepsonderwijs en universitair onderwijs (lager beroepsonderwijs 31.7 %; mulo, mavo, 3-jarige HBS 13.3 %; middelbaar beroepsonderwijs 18.3 %; hoger beroepsonderwijs en universitair 25 %). Het grootste deel van de partners werkte fulltime (64 %), parttime (12 %) of was met pensioen of de vut (9 %) en een klein deel was arbeidsongeschikt (7 %).

Partners gaven gemiddeld aan dat de diagnose fibromyalgie 4.5 jaar geleden was gesteld ( $\underline{M} = 53.85$  maanden;  $\underline{SD} = 58.04$ ) en men gaf gemiddeld aan dat de patiënt al 12 jaar ( $\underline{M} = 145.35$  maanden;  $\underline{SD} = 113.51$ ) voor de diagnose last had van de symptomen van de aandoening. Drieëntwintig procent van de partners had zelf één of meerdere aandoeningen .

### **Meetinstrumenten**

Fibromyalgie Impact vragenlijst (FIQ). De FIQ is oorspronkelijk ontwikkeld voor het meten van de actuele gezondheidstoestand van vrouwen met Fibromyalgie (Burckhardt, Clark en Bennett, 1991). Deze lijst is voor dit onderzoek vertaald in het Nederlands en om de lijst voor zowel vrouwen als mannen geschikt te maken zijn er twee

items toegevoegd, zodat de nadruk iets minder op huishoudelijke taken ligt. Naast de FIQ zijn nog twee additieve vragen over de gezondheid gesteld, die een verschil meten tussen goede en slechte dagen van de patiënt. De FIQ gaat namelijk niet in op de schommelingen in toestand van fibromyalgiepatiënten, wat toch een belangrijk symptoom is van de aandoening.

De FIQ meet enerzijds in welke mate men in staat is bepaalde taken uit te voeren (bijvoorbeeld boodschappen te doen, af te wassen en auto te rijden), deze zijn samen te vatten onder de noemer functionele beperkingen. Anderzijds meet de FIQ het voorkomen van bepaalde gevoelens (bijvoorbeeld pijn, vermoeidheid, gespannenheid of nervositeit), die worden samengevat als subjectieve beperkingen. Hierbij moet niet worden gedacht aan irreële beperkingen of psychosomatische klachten, maar aan beperkingen die niet direct zichtbaar of meetbaar zijn, zoals pijn, vermoeidheid en nervositeit.

Het deel functionele beperkingen werd niet alleen aan de patiënt voorgelegd, maar tevens werd de partner gevraagd naar zijn of haar perceptie van functionele beperkingen bij de patiënt. Dit deel bestaat uit 12 items elk met een 4-punt Likert-schaal lopend van 0 (altijd) tot 3 (nooit), die zijn opgeteld en gemiddeld (Patiënt:  $\bar{M} = 1.62$ ,  $\underline{SD} = .47$ ,  $\underline{\rho} = .83$ ; Partner:  $\bar{M} = 1.59$ ,  $\underline{SD} = .64$ ,  $\underline{\rho} = .91$ ). Een score dicht bij nul geeft weinig functionele beperkingen aan en een score dicht bij 3 geeft veel functionele beperkingen aan. Het deel subjectieve beperkingen is alleen aan patiënten voorgelegd en bestaat uit 7 items, elk met een lijn van 100 millimeter waarop men het functioneren op het desbetreffende item kon aangeven. De uitersten op de lijnen geven respectievelijk zeer weinig en zeer veel subjectieve beperkingen aan. De afzonderlijke scores zijn opgeteld en gemiddeld, waarbij scores dicht bij nul zeer weinig subjectieve beperkingen betekenen en scores dicht bij 100 zeer veel subjectieve beperkingen ( $\bar{M} = 59.8$ ;  $\underline{SD} = 18.25$ ;  $\underline{\rho} = .81$ ).

Tevredenheid met de relatie. De tevredenheid met de relatie is gemeten met de 'Relational Interaction Satisfaction Scale' (Buunk, 1990). Deze vragenlijst is zowel bij partner als bij patiënt afgenomen. De lijst bestaat uit 8 items elk met een 5-punts Likert-schaal lopend van 'nooit' tot 'erg vaak' en meet de tevredenheid met interacties binnen een intieme relatie (Patiënt:  $\bar{M} = 4.29$ ;  $\underline{SD} = .62$ ;  $\underline{\rho} = .88$ ; Partner:  $\bar{M} = 4.43$ ;  $\underline{SD} = .55$ ;  $\underline{\rho} = .89$ ). Drie items zijn positief gesteld (bijvoorbeeld: 'De aanwezigheid van mijn partner doet me plezier') en vijf items zijn negatief gesteld (bijvoorbeeld: 'We hebben ruzies').

Beschermend bufferen en overbescherming. Schalen voor beschermend bufferen en overbescherming (Buunk et al., 1996) zijn ontwikkeld op basis van werk van Coyne et al. (1991) en eerder door Berkhuysen (1998) gebruikt in onderzoek bij revaliderende hartpatiënten en door Kuijer (1998) bij kankerpatiënten. Deze vragenlijst is op details aangepast om hem geschikt te maken voor fibromyalgiepatiënten.

De schaal voor beschermend bufferen, bestaande uit 8 items met 5 antwoordmogelijkheden lopend van 'nooit' tot 'heel erg vaak' (Partner:  $\underline{M} = 2.47$ ,  $\underline{SD} = .57$ ,  $\underline{\rho} = .73$ ; Patiënt:  $\underline{M} = 2.50$ ,  $\underline{SD} = .75$ ,  $\underline{\rho} = .77$ ) meet een houding van de partner ten opzichte van de patiënt die er op gericht is de patiënt af te schermen van de negatieve gevolgen van de aandoening. De schaal voor overbescherming bestaat uit 6 items en meet een houding van de partner die er op gericht is teveel uit handen van de patiënt te willen nemen, op een manier die de autonomie van de patiënt ondermijnt (Partner:  $\underline{M} = 2.09$ ,  $\underline{SD} = .64$ ,  $\underline{\rho} = .77$ ; Patiënt:  $\underline{M} = 1.79$ ,  $\underline{SD} = .59$ ,  $\underline{\rho} = .71$ ).

CES-D (verkorte versie). De CES-D (Radloff, 1977) is een veelgebruikte vragenlijst voor het meten van depressieve klachten in niet-klinische populaties. In dit onderzoek is de verkorte versie (Santor en Coyne, 1997) afgenomen bij de patiënten, waarin 9 van de oorspronkelijke 21 items zijn opgenomen, elk met 4 antwoordmogelijkheden. Hiertoe zijn de corresponderende items uit de Nederlandse versie van de CES-D (Bouma, Ranchor, Sanderman en Van Sonderen, 1995) overgenomen.

Doordat wordt gevraagd naar de situatie in de afgelopen week meet de CES-D geen chronische depressie maar registreert het de depressieve gevoelens die als gevolg van een bepaalde gebeurtenis kunnen ontstaan (reactieve depressie). Hierin onderscheidt de CES-D zich van bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory (Beck en Steer, 1984; Burkhart, Rogers, McDonald, McGrath en Arnoscht, 1984) die beoogt de intensiteit van een depressie te meten (Bouma et al., 1995). In het theoretische model dat in dit onderzoek wordt gebruikt (Figuur 4) zijn depressieve klachten een uitkomst van de ervaren overbescherming en het beschermend bufferen, met andere woorden reactieve depressie. Tevens meet ook de FIQ de situatie van de afgelopen week, waardoor vergelijking tussen deze schalen beter mogelijk is, omdat zij over dezelfde tijdsperiode gaan. Ook in dit onderzoek bleek de betrouwbaarheid van de verkorte versie van de CES-D voldoende hoog ( $\underline{M} = 18.95$ ,  $\underline{SD} = 6.46$ ,  $\underline{\rho} = .86$ ).

Fibromyalgie coping. Uit gesprekken met fibromyalgiepatiënten en hun partners kwamen enkele stijlen van het omgaan met fibromyalgie naar voren. Deze zijn omgezet in een nieuw ontwikkelde vragenlijst bestaande uit 8 items, met 5 antwoordmogelijkheden lopend van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'. De lijst maakt onderscheid

tussen vier copingstijlen met betrekking tot fibromyalgie, geschaald op 2 assen. Een as die loopt van 'actief' naar 'passief' en een as die loopt van 'ziekte gericht' naar 'ziekte vermijdend'. (zie Figuur 2). Van deze vragenlijst zijn twee versies ontwikkeld, één voor de patiënt en één voor de partner. In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van bestaande 'coping-vragenlijsten, omdat deze vaak algemeen georiënteerd zijn (bijvoorbeeld Lazarus en Folkman, 1987; Lazarus, 1993) en het in dit onderzoek interessant is de specifieke copingstijlen met betrekking tot de aandoening te gebruiken. Met andere woorden niet hoe men in het algemeen met problemen omgaat, maar specifiek met fibromyalgie.

Een factoranalyse over zowel de patiëntengroep als de groep partners op de 8 items waarbij gebruikt werd gemaakt van het 'eigenwaarde > 1'-criterium (zie Tabel 1) indiceerde een 4-factor oplossing, die 71% van de totale variantie verklaarde. Na varimax rotatie bleken op één na alle items hoog te laden op de verwachte factor (zie Figuur 5), alleen item 1 ('Ik denk veel na over de aandoening, maar kan weinig aan de situatie veranderen') bleek niet hoog te laden op de verwachte factor (passief ziekte gericht), maar wel enigszins op de twee 'actieve' factoren. Ook de inter-item betrouwbaarheid was onvoldoende hoog ( $r = .23$ ), zodat niet kan worden gesteld dat item 1 en item 8 inhoudelijk samenhangen. Item 1 zal dan ook buiten beschouwing worden gelaten bij het schalen van respondenten op de vier verschillende copingstijlen.

## **Resultaten**

**De resultaten met betrekking tot overbescherming en beschermend bufferen in een relatie waarin één van beide partners fibromyalgie heeft zijn beschreven aan de hand van een gedetailleerde versie van het hypothetisch model (Figuur 6).**

### **Descriptieve gegevens**

**De correlaties tussen de verschillende elementen in dit model zijn te vinden in Tabel 2 en Tabel 3. Belangrijke correlaties zijn die tussen patiënt en partner op bepaalde schalen die zowel bij de patiënt als partner zijn afgenomen (zie Tabel 2). De eerste spil in het model (Figuur 6) is overbescherming zoals aangegeven door de partner (gedrag) en overbescherming zoals dit werd ervaren door de patiënt (perceptie). Het gedrag van de partner en de perceptie van de patiënt kwamen goed overeen,  $r = .72$ ,  $p < .001$ . Ook is door middel van een gepaarde t-test nagegaan of beide partners een zelfde gemiddelde hadden op de schalen. Hieruit bleek dat de partner meer overbescherming aangaf dan de patiënt,  $M = 2.09$  vs.  $M = 1.79$ ;  $t(1,54) = 4.73$ ,  $p < .001$ .**

De tweede spil in dit model is beschermend bufferen zoals aangegeven door de partner en ervaren door de patiënt. Deze percepties van partner en patiënt hangen redelijk goed samen, maar minder dan bij overbescherming,  $r = .41$ ,  $p < .01$ . Uit een gepaarde t-test bleek dat de gemiddelde score van partner en patiënt niet significant verschillen,  $t(1,54) = -.48$ , ns. De aangegeven functionele beperkingen correleren hoog bij patiënt en partner,  $r = .68$ ,  $p < .001$ ;  $t(1,55) = -30$ , ns. In mindere mate, maar wel significant, correleert de tevredenheid met de relatie van patiënt en partner,  $r = .45$ ,  $p < .005$ . De gemiddelde scores van patiënt en partner verschillen ook niet significant,  $t(1,54) = 1.98$ , ns. Verder blijkt uit Tabel 2 dat de manier van coping met de aandoening tussen patiënt en partner redelijk overeen kwamen. De correlaties tussen dezelfde soort copingstijl bij partner en patiënt zijn steeds de hoogste van de correlaties tussen de verschillende copingstijlen.

In Tabel 3 zijn de correlaties tussen beschermend bufferen en overbescherming, zowel bij de partner als de patiënt, en een aantal andere variabelen vermeld. Zoals verwacht (hypothese 1c) correleert een passief ziekte-vermijdende copingstijl van de partner positief met beschermend bufferen door de partner en ervaren door de patiënt. Een passief-ziektevermijdende copingstijl van de patiënt correleert alleen significant positief met beschermend bufferen, zoals zowel door patiënt als partner werd aangegeven.

#### Beschermend bufferen en overbescherming door de partner

De effecten van door de partner waargenomen functionele beperkingen, de partners tevredenheid met de relatie en de partners copingstijl op overbescherming en beschermend bufferen door de partner zijn te vinden in het linker deel van Figuur 6. Deze effecten zijn via multiële regressie berekend. Hierbij zijn steeds de functionele beperking, de tevredenheid met de relatie en één van de vier mogelijke copingstijlen in het regressie-model opgenomen. Er zijn afzonderlijke regressie-analyses uitgevoerd per copingstijl, omdat de copingstijlen onafhankelijk van elkaar zijn, maar wel naast elkaar kunnen voorkomen. Het opnemen van deze hoofdeffecten in de analyse gebeurde in één stap (stap 1). Vervolgens werden de mogelijke tweeweg interactie-effecten aan het model toegevoegd (stap 2) en tenslotte het drieweg interactie-effect (stap 3). Deze interactie-effecten zijn berekend door van de variabelen z-scores (gestandaardiseerde afwijkingsscores) te berekenen en de betreffende z-scores met elkaar te vermenigvuldigen (Aiken en West, 1991). Ook de hoofdeffecten zijn berekend aan de hand van z-scores. Vanwege het exploratief karakter van dit onderzoek zijn de interactie-effecten berekend, hoewel de hypothesen niet in termen van interactie-effecten zijn gesteld, maar in termen van hoofdeffecten.

De uitkomsten van deze regressie-analyses zijn te vinden in Tabel 4. De uitkomsten van de effecten in de stappen 2 en 3 zijn alleen weergegeven wanneer deze stappen significant extra variantie in het model verklaarden.

Beschermend bufferen door de partner. De relaties tussen de fibromyalgie impact, tevredenheid met de relatie, de copingstijl en beschermend bufferen zijn getoetst aan de hand van regressie-analyses waarbij er afzonderlijke analyses zijn uitgevoerd per copingstijl. Uit de verschillende analyses bleek een significant dan wel marginaal significant hoofdeffect van de tevredenheid met de relatie op de mate van beschermend bufferen (zie



Tabel 4); in overeenstemming met hypothese 1a gaat meer tevredenheid gepaard met minder beschermend bufferen. Uit de regressie-analyse met een passief ziekte-vermijdende copingstijl bleek niet alleen een marginaal significant hoofdeffect van de tevredenheid met de relatie,  $b = -.37$ ,  $p = .07$ , maar bleek ook een marginaal significant hoofdeffect van een passief ziekte-vermijdende copingstijl,  $b = .21$ ,  $p = .09$ , op beschermend bufferen. Hypothese 1d wordt dus enigszins bevestigd. Meer tevredenheid gaat samen met minder beschermend bufferen en een meer passief ziekte-vermijdende copingstijl gaat samen met meer beschermend bufferen. Het toevoegen van de tweeweg en drieweg interactie-effecten verklaarde geen extra variantie in de regressie modellen, er werden dus ook geen significantie interactie-effecten op beschermend bufferen gevonden.

Samenvattend kan worden gesteld dat meer ontevredenheid bij de partner gepaard met meer beschermend bufferen (hypothese 1a). Daarnaast is gevonden dat een meer passief ziekte-vermijdende copingstijl samen gaat met meer beschermend bufferen (hypothese 1c). Hypothese 1b die een verband veronderstelt tussen de waargenomen functionele beperkingen door de partner en de mate van beschermend bufferen kon niet worden bevestigd.

Overbescherming door de partner. Uit de verschillende analyses met als afhankelijke variabele overbescherming door de partner bleek een (marginaal) significant hoofdeffect van de perceptie van de functionele beperkingen (zie Tabel 4). Zoals hypothese 1b stelt gaat een hogere fibromyalgie impact inderdaad samen met meer overbescherming. Daarnaast werd er een hoofdeffect van een passief ziekte-vermijdend copingstijl op overbescherming door de partner gevonden,  $b = .38$ ,  $p < .01$ . Deze copingstijl gaat samen met meer overbescherming.

In de regressie-analyse met een passief ziekte-vermijdende manier van omgaan met fibromyalgie verklaarde het toevoegen van de tweeweg interactie-effect geen extra variantie,  $F_{ch.} = .61$ , ns., maar toevoeging van de drieweg interactie leverde wel een marginaal significante toename in verklaarde variantie op,  $F_{ch.} = 2.84$ ,  $p < .10$ ;  $b = .20$ ;  $p < .10$ . Deze drieweg interactie is weergegeven in Figuur 7a en Figuur 7b. Wanneer de patiënt volgens de partner veel functionele beperkingen heeft is er geen verschil tussen partners met een hoge of partners met een lage tevredenheid met de relatie; voor beide groepen is het effect van een passief ziekte-vermijdende copingstijl even groot. Wanneer de partner echter weinig functionele beperkingen waarneemt en tevreden is met de relatie dan gaat een meer passief ziekte-vermijdende copingstijl samen met meer overbescherming. De richting van dit effect komt overeen met het eerder genoemde hoofdeffect van een passief ziekte-vermijdende copingstijl op overbescherming.

De positieve relatie tussen een passief ziekte-vermijdende copingstijl en overbescherming wordt gekwalificeerd door de waargenomen functionele beperkingen en de tevredenheid met de relatie. Met andere woorden; alleen voor partners die weinig functionele beperkingen waarnemen en tevreden zijn met hun relatie gaat een minder passief ziekte-vermijdende copingstijl samen met minder overbescherming.

### Depressieve klachten en subjectieve beperkingen bij de patiënt

Het rechter deel van het model (Figuur 6) beschrijft een invloed van de ervaren overbescherming, het ervaren beschermd bufferen en de tevredenheid met de relatie van de

patiënt op depressie en subjectieve beperkingen. De effecten van de ervaren overbescherming en beschermend bufferen door de patiënt en de tevredenheid met de relatie op depressie en subjectieve beperkingen zijn getoetst aan de hand van een tweetal regressie-analyses. Hiertoe werden eerst de hoofdeffecten in het model opgenomen (stap 1), vervolgens de tweeweg interactie-effecten (stap 2) en als derde stap het drieweg-interactie-effect (stap 3). In tegenstelling tot de analyses aan de kant van de partner worden overbescherming en beschermend bufferen hier niet in aparte analyses opgenomen, omdat het bij de partner afhankelijke variabelen betrof en bij de patiënt de onafhankelijke variabelen. Gegevens van deze analyses zijn te vinden in Tabel 5.

**Depressieve klachten bij de patiënt.** Uit deze regressie-analyse bleek een hoofdeffect van beschermend bufferen,  $b = .26$ ;  $p < .05$ , een hoofdeffect van tevredenheid met de relatie,  $b = -.34$ ,  $p < .01$ , en een marginaal significant hoofdeffect van overbescherming,  $b = .24$ ,  $p < .10$ , op de mate van depressie. Naarmate de patiënt meer beschermend bufferen en meer overbescherming ervaart geeft deze aan meer depressieve klachten te hebben. Daarnaast gaat minder tevredenheid met de relatie samen met meer depressie. Hypothese 2b wordt dus marginaal bevestigd.

Het toevoegen van de tweeweg interactie-effecten leverde geen extra verklaarde variantie op,  $F_{ch.} = 1.09$ ; ns. Het toevoegen van het drieweg interactie-effect verklaarde wel marginaal significant extra variantie in het regressie-model,  $F_{ch.} = 3.09$ ;  $p = .085$ .

Het drieweg interactie-effect tussen beschermend bufferen, overbescherming en tevredenheid met de relatie is weergegeven in Figuur 8a en Figuur 8b. In deze figuren zijn beide significante hoofdeffecten weer terug te vinden; het effect van tevredenheid op depressieve klachten en het effect van beschermend bufferen op depressieve klachten. In Figuur 8b is echter te zien dat de positieve relatie tussen beschermend bufferen en depressie vooral opgaat voor patiënten met een lage tevredenheid met de relatie en lage waarden van ervaren overbescherming. Met andere woorden me name wanneer de patiënt weinig tevreden is met de relatie en weinig overbescherming ervaart dan gaat meer ervaren beschermend bufferen samen met meer depressieve klachten. Het effect van beschermend bufferen wordt dus gekwalificeerd door tevredenheid met de relatie en de ervaren overbescherming.

**Subjectieve beperkingen van de patiënt.** Uit de regressie-analyse met als afhankelijke variabele de subjectieve beperkingen, bleek een significant hoofdeffect van overbescherming op de mate van subjectieve beperking,  $b = 10.65$ ;  $p < .05$ . Het ervaren van meer overbescherming gaat samen met meer subjectieve beperkingen. Naast dit significante hoofdeffect is er een marginaal significant hoofdeffect gevonden van beschermend bufferen op de hoeveelheid subjectieve beperkingen,  $b = 6.10$ ;  $p = .082$ . Naarmate de patiënt meer beschermend bufferen ervaart geeft deze meer subjectieve beperkingen aan. Het toevoegen van de tweeweg en drieweg interactie-effecten leverde geen extra verklaarde variantie op,  $F_{ch.} = .71$ ; ns. en  $F_{ch.} = .93$ ; ns.

### **Mediërende variabelen in het model**

Overbescherming, het ervaren beschermend bufferen en de tevredenheid met de relatie van de patiënt zijn mogelijke mediators tussen variabelen bij de partner en de afhankelijke variabelen bij de patiënt (depressie en subjectieve beperkingen). Om na te

gaan of waar mogelijk mediator effecten konden worden gevonden zijn zogenaamde pad-analyses uitgevoerd (Mark, 1979). Dit kan het geval zijn wanneer niet alleen de onafhankelijke variabele (in dit geval de variabelen bij de partner) significant correleert met de uitkomst variabele, maar tevens de mogelijke mediator significant correleert met zowel de onafhankelijke variabele als de uitkomst variabele (Baron en Kenny, 1986). Gebruikmakend van Tabel 2 en Tabel 3 kwamen een drietal significante paden naar voren, waarbij mogelijk mediator-effecten optreden.

Het eerste pad is dat tussen een passief ziekte-vermijdende copingstijl van de partner, beschermend bufferen door de partner, de ervaring van dat beschermend bufferen en depressieve klachten bij de patiënt. Een passief ziekte-vermijdende copingstijl correleert zowel positief significant met beschermend bufferen door de partner,  $r = .42$ ;  $p < .01$ , als met het ervaren beschermend bufferen door de patiënt,  $r = .28$ ;  $p < .05$ . Onderling correleren beschermend bufferen bij partner en patiënt ook significant,  $r = .41$ ;  $p < .01$ . Depressieve klachten bij de patiënt correleren zowel significant met beschermend bufferen door de partner,  $r = .46$ ,  $p < .01$ , een passief ziekte-vermijdende copingstijl van de partner,  $r = .32$ ,  $p < .05$  als met het ervaren beschermend bufferen van de patiënt,  $r = .34$ ,  $p < .01$ .

Het tweede pad is dat tussen een passief ziekte-vermijdende copingstijl van de partner, overbescherming door de partner, de ervaren overbescherming en de mate van subjectieve beperkingen bij de patiënt. Een passief ziekte-vermijdende copingstijl correleert zowel met overbescherming bij de partner,  $r = .41$ ;  $p < .01$ , als met de ervaren overbescherming door de patiënt,  $r = .45$ ;  $p < .01$ . Onderling correleren overbescherming bij partner en patiënt  $.72$ ,  $p < .01$ . Subjectieve beperking van de patiënt correleert met zowel overbescherming door de partner,  $r = .29$ ,  $p < .1$ , als met een passief ziekte vermijdende copingstijl van de partner,  $r = .32$ ,  $p < .10$ , als met overbescherming ervaren door de patiënt,  $r = .41$ ,  $p < .01$ .

Het laatste pad is gevonden tussen een actieve ziekte-gerichte copingstijl, overbescherming bij de partner, overbescherming ervaren door de patiënt en subjectieve beperkingen van de patiënt. Een actief ziekte-gerichte copingstijl correleert zowel positief met overbescherming door de partner,  $r = .39$ ;  $p < .01$ , als met overbescherming ervaren door de patiënt,  $r = .39$ ;  $p < .01$ . De subjectieve beperkingen van de patiënt correleren zowel met overbescherming door de partner,  $r = .29$ ,  $p < .1$ , overbescherming ervaren door de patiënt,  $r = .41$ ,  $p < .01$  als met een actief ziekte-gerichte copingstijl door de partner,  $r = .39$ ,  $p < .01$ .

Na het vaststellen van deze paden zijn een tweetal regressie-analyses uitgevoerd met als afhankelijke variabele respectievelijk depressie en subjectieve beperkingen bij de patiënt. Hierbij zijn in een eerste stap de hoofdeffecten van overbescherming en beschermend bufferen, zoals ervaren door de patiënt in het model opgenomen. In de tweede stap zijn overbescherming en beschermend bufferen zoals aangegeven door de partner in het model opgenomen. In de laatste stap (stap 3) zijn een passief ziekte-vermijdende en een actief ziekte-gerichte copingstijl van de partner in het model opgenomen (zie figuur 9).

In het model met als afhankelijke variabele subjectieve beperkingen werd geen extra variantie verklaard in stap 2,  $R^2_{ch.} = .043$ ,  $F_{ch.} = 1.00$ , ns., noch in stap 3,  $R^2_{ch.} = .001$ ,  $F_{ch.} = .028$ , ns. De ervaring van de overbescherming en het beschermend bufferen door de patiënt was hier dus een mediator op de afhankelijke variabele depressie. In het model met als

afhankelijke variabele depressie verklaart stap 2 wel significant extra variantie in het model,  $R^2_{ch.} = .12$ ,  $F_{ch.} = 3.84$ ;  $p = .03$ . Deze extra verklaarde variantie kan worden toegeschreven aan een direct effect van beschermend bufferen door de partner op depressie bij de patiënt ( $\beta = .41$ ;  $p < .05$ ). Depressie aangegeven door de patiënt hangt dus rechtstreeks samen met beschermend bufferen aangegeven door de partner. Stap 3 verklaart geen extra variantie in het regressie-model,  $R^2_{ch.} = .035$ ,  $F_{ch.} = 1.19$ ,  $p = .31$ .

### Discussie

In deze studie is onderzocht wat de rol van overbescherming en beschermend bufferen door de gezonde partner is in relaties waarin één van beiden partners aan het fibromyalgie syndroom lijdt. Hierbij is het belangrijk onderscheid te maken tussen overbescherming en beschermend bufferen zoals aangegeven door de partner en de mate waarin de patiënt deze overbescherming en dit beschermend bufferen daadwerkelijk ervaart. Het kan immers zijn dat patiënt en partner dit gedrag anders ervaren. Bijvoorbeeld dat de partner vindt dat hij of zij niet overbeschermt, terwijl de patiënt wel overbescherming door de partner rapporteert. In dit onderzoek bleken partner en patiënt goed overeen te stemmen in hun oordeel over de mate van overbescherming en beschermend bufferen door de partner.

Overbeschermend gedrag en beschermend bufferen door de partner ten opzichte van de patiënt worden onder andere beïnvloed door attitudes en ideeën van de partner. In dit onderzoek is nagegaan in welke mate beschermend bufferen en overbescherming samenhangen met de mate waarin de partner functionele beperkingen waarneemt bij de patiënt, met de partners tevredenheid met de relatie en met de copingstijl die de partner heeft ten aanzien van fibromyalgie. Er werd verondersteld dat meer functionele beperkingen, minder tevredenheid en een passief ziekte-vermijdende copingstijl samen gaan met meer beschermend bufferen door de partner. Uit de resultaten van de studie blijkt dat minder tevredenheid met de relatie inderdaad samengaat met meer beschermend bufferen (hypothese 1a). Tevens werd hypothese 1c bevestigd; naarmate de partner een meer passief ziekte-vermijdende copingstijl hanteert, vertoont deze meer beschermend bufferen. Het waarnemen van meer functionele beperkingen bij de patiënt door de partner

hangt niet samen met meer beschermend bufferen; hypothese 1b wordt wat dit betreft dus niet bevestigd. Een verklaring hiervoor kan zijn dat beschermend bufferen zich richt op het ontkennen van de aandoening en de problemen die deze met zich meebrengt en zich niet direct richt op gedrag van de patiënt, terwijl overbescherming wel gericht is op het willen overnemen van taken van de patiënt en wat dat betreft goed aansluit bij het waarnemen van functionele beperkingen.

Naast het positieve verband tussen functionele beperkingen en overbescherming blijkt er een gecombineerd effect van de partners tevredenheid met de relatie, de waargenomen functionele beperkingen en een passief ziekte-vermijdende copingstijl op overbescherming. Alleen wanneer de partner weinig functionele beperkingen van de patiënt rapporteert en tevreden is met de relatie gaat een minder passief ziekte-vermijdende copingstijl samen met minder overbescherming. Hypothese 1a die onder andere stelt dat een hogere tevredenheid met de relatie samengaat met minder overbescherming wordt niet bevestigd. Wanneer de partner een passief ziekte-vermijdende copingstijl heeft is tevredenheid zelfs gerelateerd aan meer overbescherming. Dit kan worden verklaard doordat overbeschermend gedrag deels voort kan komen uit goede bedoelingen van de partner, namelijk de patiënt willen beschermen tegen stress (Coyne et al., 1991; Thompson et al., 1992; Thompson et al., 1993).

De ervaring van de patiënt met betrekking beschermend bufferen en overbescherming door de partner kan invloed hebben op emoties en gevoelens bij de patiënt. In dit onderzoek is nagegaan hoe deze samenhangen met depressieve klachten en subjectieve beperkingen (zoals pijn en vermoeidheid) bij de patiënt. Tevens is gekeken naar de invloed van de patiënt's tevredenheid met de relatie op depressieve klachten en subjectieve beperkingen.

Het blijkt dat naarmate de patiënt meer beschermend bufferen en overbescherming ervaart deze meer depressieve symptomen heeft. Daarnaast gaat een relatief lage tevredenheid met de relatie van de patiënt gepaard met hogere niveaus van depressie. Hypothese 2a wordt dus volledig bevestigd. Ook is er een gecombineerd effect van beschermend bufferen, overbescherming en tevredenheid met de relatie op depressie gevonden. Met name patiënten die relatief tevreden zijn met hun relatie en die weinig overbescherming ervaren geven bij meer beschermend bufferen meer depressieve klachten aan.

Uit de resultaten blijkt verder dat het ervaren van beschermend bufferen en overbescherming wel samengaat met meer subjectieve beperkingen, maar de tevredenheid met de relatie niet. Hiermee wordt hypothese 2b gedeeltelijk bevestigd.

Een probleem bij dit onderzoek, waarbij op één meetmoment gegevens zijn verzameld is de interpretatie van de resultaten met betrekking tot 'oorzaak-gevolg' relaties. Is de ervaring van beschermend bufferen nu een (mede-)oorzaak van depressieve symptomen bij de patiënt of zijn de depressieve klachten één van de oorzaken die tot beschermend bufferen door de partner kunnen leiden? Het antwoord hierop is waarschijnlijk dat de variabelen elkaar wederzijds beïnvloeden. Zo kan het waarnemen van meer beschermend bufferen door de partner enerzijds meer depressieve klachten bij de patiënt tot gevolg hebben. Anderzijds kan depressie de interpretatie van het gedrag door de patiënt van de partner negatief beïnvloeden, zodat er meer beschermend bufferen wordt

waargenomen. Ook is het mogelijk dat de depressieve symptomen van de patiënt de partner aanzetten tot meer beschermend bufferen, wat bij de patiënt de depressieve klachten weer versterkt. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel. Omdat 'oorzaak-gevolg' relaties moeilijk zijn te bepalen wordt in dit onderzoek zoveel mogelijk gesproken over samenhang tussen variabelen zonder daar expliciet een oorzaak en een gevolg aan toe te kennen.

Beschermend bufferen en overbescherming staan in dit onderzoek centraal, wat ook in het gebruikte model (Figuur 4) is terug te vinden. Uiteraard zullen er ook factoren buiten het model vallen die invloed hebben op de verschillende variabelen. Zo zullen bijvoorbeeld niet alleen beschermend bufferen, overbescherming en de tevredenheid met de relatie invloed hebben op depressieve symptomen. Het is bekend dat bijvoorbeeld persoonlijkheid en bepaalde negatieve levensgebeurtenissen (Brown en Harris, 1978) samenhangen met depressie.

De respondenten in dit onderzoek bestonden uit personen die momenteel een intieme relatie hebben. Veel mensen rapporteerden een goede relatie, waar ze tevreden mee waren. Slechts een enkeling rapporteerde dat de relatie slecht was of dat men verwachtte dat de relatie niet zou standhouden. Dit had dan vaak te maken met aan de ziekte gerelateerde zaken, zoals onbegrip bij de partner of te hoge verwachtingen aan de patiënt en de partner was bijvoorbeeld van mening dat de patiënt teveel met zichzelf bezig was. Ook in de interviews voorafgaand aan het vragenlijst-onderzoek kwam naar voren dat sommige relaties stuk waren gelopen als gevolg van de aandoening, waarna men weer een nieuwe relatie was aangegaan met een ander. Het zou interessant zijn vervolgonderzoek te richten op stellen die niet meer bij elkaar zijn of waarbij de relatie niet goed loopt. Dit vervolgonderzoek kan de rol van overbescherming en beschermend bufferen in deze relaties in kaart brengen. Bij dit onderzoek zal wel rekening moeten worden gehouden dat de beoordeling van de relatie negatief kan worden vertekend. Mensen kunnen na een echtscheiding de voormalige partner en de relatie extra negatief beoordelen.

Bij de meeste respondenten in dit onderzoek is de diagnose fibromyalgie al enige tijd geleden gesteld (gemiddeld 5 jaar) en de verzamelde data zijn een momentopname. In vervolgonderzoek kan een groep patiënten en hun partners worden gevolgd vanaf de diagnose. Hierin kan worden nagegaan of de copingstijl en patronen van beschermend bufferen en overbescherming in verloop van tijd ook veranderen. Uit gesprekken met een aantal patiënten en partners kwam ook naar voren dat men na de diagnose fibromyalgie opnieuw moet zoeken naar hoe men met elkaar en met de aandoening omgaat. De partner moet leren wat de patiënt wel of niet kan en wil en de patiënt moet zijn of haar mogelijkheden en beperkingen leren aan te geven. Dit proces kost tijd en kan op verschillende manieren verlopen. Wanneer dit proces goed verloopt komt men waarschijnlijk uit bij een relatie die voor beide partners bevredigend is en waarmee men tevreden is. Men gaf soms zelfs aan dat de relatie hechter was geworden dan voordat men aan fibromyalgie leed. Wanneer het bovengenoemde proces niet goed verloopt kan dit uiteindelijk een breuk in de relatie veroorzaken. De groep partners en patiënten waarbij dit is gebeurd is waarschijnlijk ondervertegenwoordigd in dit onderzoek. Longitudinaal onderzoek kan dus ook een goed beeld opleveren van relaties die stuklopen als gevolg van fibromyalgie, wat natuurlijk niet alleen aan de aandoening kan worden toegeschreven,

omdat de kwaliteit van de relatie voor de aandoening ook zeer bepalend is (Van Galen, 1998).

Onderzoek naar relaties van fibromyalgiepatiënten vanaf het moment dat men last kreeg van de symptomen zou ook interessant zijn, omdat de diagnose vaak pas lang na de eerste symptomen wordt vastgesteld (in dit onderzoek gemiddeld 15 jaar) en men vaak veel weerstand van medici ondervindt wat betreft de klachten van fibromyalgie (Nicassio et al., 1997; Hadler, 1996). Dit onderzoek zal echter praktisch niet uitvoerbaar zijn, omdat het onmogelijk is fibromyalgiepatiënten te includeren alvorens de diagnose is gesteld. Wel is te verwachten dat wanneer fibromyalgie bekender wordt en meer geaccepteerd wordt als reëel syndroom, de tijd tussen de eerste klachten en de diagnose van fibromyalgie korter wordt en de zoektocht naar de diagnose minder moeizaam.

Een ziekte als fibromyalgie heeft veel invloed op de intieme relatie, daarom is onderzoek naar fibromyalgie en de intieme relatie erg belangrijk. Hierbij moet niet alleen aandacht uitgaan naar de gevolgen voor de patiënt, maar ook de partner is erg belangrijk, temeer dat deze een belangrijke bron van steun is voor de patiënt. Wanneer deze steun echter niet op een juiste manier wordt gegeven kan dit een negatieve uitwerking hebben. Zo is in dit onderzoek bijvoorbeeld een relatie gevonden tussen beschermend bufferen en depressieve klachten en subjectieve beperkingen bij de patiënt.

De bevindingen van dit en soortgelijk onderzoek kunnen onder andere in de cursus die via de fibromyalgie patiëntevereniging (FES) aan nieuw gediagnosticeerde fibromyalgiepatiënten wordt gegeven ('Fibromyalgie hoe nu verder?'), worden gebruikt. Hierbij kan worden gewezen op negatieve bijwerkingen van, vaak als goed bedoelde, overbescherming en kan men ingaan op beschermend bufferen. Belangrijk hierbij is te beseffen dat zowel partner als patiënt invloed kunnen hebben op dit gedrag. Voor de partner is het belangrijk te kunnen bepalen waar de patiënt behoefte aan heeft, terwijl de patiënt dit aan de partner duidelijk moet kunnen maken.

## Literatuur

- Aaron, A. L., Bradley, Alarcón, L.A., Triana-Alexander, M., Alexander, R.W., Martin, M.Y., Alberts, K.R.(1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia: Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 453-460.
- Aiken, West (1991) Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA; Sage Publications.

- Anch, A.M., Lue, F.A, MacLean, A.W., Moldofsky, H. (1991) Sleep physiology and psychologiactal aspects of the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. Canadian Journal of Psychology, 45, 179-184.
- Avorn, J. en Langer, E. (1982) Induced disability in nursing home patients: A controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society. 30, 397-400.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, Strategic, and statistical considarations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.
- Beck, A.T. en Steer, R.A. (1984) Internal constistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40,1365-1367.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson. M., Mock, J. en Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bellamy, N., Kaloni, S., Pope, J., Coulter, K., Campbell, J. (1998) Quantitive rheumatology: A survey of outcome measurement procedures in routine rheumatology outpatient practice in Canada, The Journal of Rheumatology, 25, 852-858.
- Berkhuysen, M.A. (1999) Toward Tailor-made Cardiac Rehabilitation; Getting at the heart of exercise matters. Master thesis, Rijksuniversiteit Groningen.
- Blackmore, M.G., Gladman, D.D, Husted, J., Long, J.A., Farewell, V.T. (1995) Measuring health status in psoriatic arthritis: The health assessment questionnaire and its modification, The Journal of Rheumatology, 22, 886-893.
- Blécourt, A.C.E. de, Knipping, A.A. (1995) Fibromyalgia: towards an intergration of somatic and psychological aspects. Master thesis, Rijksuniversiteit Groningen.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Sonderen, E.van, (1995). Het meten van symptomen van depressie met de ces-d: een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Brown, G.W. en Harris, T (1978) The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in woman. New York, Free press.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. en Bennett, R.M. (1991) The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. The Journal of Rheumatology, 18, 728-733.
- Burkhart, B.R., Rogers, K., McDonald, W.D., McGrath, R an Arnoscht, O. (1984) The measurement of depression: Enhancing the predictive validity of the Beck Depresion Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40, 1368-1372.
- Buunk, B.P., Berkhuisen, M.A., Sanderman, R., Nieuwland, W., Ranchor, A.V. (1996) Actieve betrokkenheid, beschermend bufferen en overbescherming: Meetinstrumenten voor de rol van de partner bij hartrevalidatie, Gedrag en Gezondheid, 24, 304-313.
- Buunk, B.P. (1990). Relational interaction satisfaction scale. In J. Touliatos, B.F. Perlmutter, en M.A. Straus (Eds.) Handbook of family measurement techniques. Newbury Park, CA: Sage, 106-107.
- Coyne, J.C. en Smith, D.A.F. (1991) Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives's distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 404- 412.
- Dahlem, N.W., Zimet, G.D., Walker, R.R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. Journal of Clinical Psychology, 47, 756-761.
- Dulk, A. den, Zwinderman, A.H., Kaptein, A.A. (1996) Leven met fibromyalgie: Coping bij mensen met fibromyalgie, Gedrag en Gezondheid; Tijdschrift voor psychologie en gezondheid. 24, 25-30.
- Escalante, A., Galarza-Delgado, D., Beardmore, T.D., Beathge, B.A., Esquivel-Valerio, J., Marines, A.L., Mingrone, M., (1996) Cross-cultural adaptation of a brief outcome questionnaire for spanish-speaking arthritis patients. Arthritis & Rheumatism, 39, 93-100. Felmler, D., Sprecher, S., Bassin, E. (1990). The dissolution of intimat relationships: A hazard model. Social Psychology Quarterly, 53, 13-30.
- Galen, A.van (1998). Geen dag zonder pijn: Leven met Fibromyalgie. Woerden, The Netherlands, NIGZ.
- Gladman, D.D., Murray, B.U., Gough, J., MacKinnon, A. (1997) Fibromyalgia is a major contributor to quality of life in lupus. The Journal of Rheumatology, 24, 2145-2148.
- Granges, G., Zilko, P., Littlejohn, G.O. (1994). Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. , The Journal of Rheumatology, 21, 523-529.
- Haarlemmer, A.F., Soerjanto, R. (1996) Fibromyalgie: inleiding voor artsen, patiënten en arbeidsdeskundigen. Utrecht, De Tijdstroom.



- Hadler, N.M. (1996) If you have to prove you are ill, you can't get well: The object lesson of fibromyalgia. Spine, 21, 2397-2400.
- Keers, J.C., Winters, F., Boven, M. (1998). In voor- en tegenspoed: De effecten van onbalans in de relatie en kanker op intieme relaties. Rijksuniversiteit Groningen, circulation.
- Kelleher, D.J.A., Rennell, B., Kidd, B.L. (1998) The effect of social context in pain measurement. Journal of Musculoskeletal Pain 6, 77-86.
- Kendell, R.E. (1991) Chronic fatigue, viruses and depression. The Lancet, 337, 160-162.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T.P.B.M. (1993) Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. Patient Education and Counseling, 20, 101-120.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T.P.B.M., Sonderen, E. van, Rijswijk, M. van, Leeuwen, M. van, Heuvel, W. van den, (1998) Early rheumatoid arthritis, personality and psychological status: a follow-up study. Psychology and Health, 13, 35-48.
- Kuijter, R.G., Ybema, J.F., Buunk, B.P. (1998). Rechtvaardigheid in de intieme relatie van kankerpatiënt en partner. In W. Otten (Eds.) Sociale Psychologie en haar Toepassingen. Delft, Eburon, 1-21.
- Kuijter, R.G., Ybema, J.F., Buunk, B.P., Jong, G.M., de, Sanderman, R., Thijs-Boer, F. (1996) Active engagement, protective buffering and overprotection. Journal of Family Psychology, 358-370.
- Lazarus, R.S. (1993) From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology, 44, 1-18.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality, 1, 141-169.
- Mark, M.M. (1979) Inferring cause from passive observation. In T.D. Cook en D.T. Campbell (Eds.) Quasi-Experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin Company, 295-339.
- Manne, S.L., Zautra, A.J. (1989) Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatic arthritis. Journal of Personality and Social Psychology 56, 608-617.
- Miller, T.A., Allen, G.M., Gandevia, S.C. (1996). Muscle force, perceived effort, and voluntary activation of the elbow flexors assessed with sensitive twitch interpolation in fibromyalgia, The Journal of Rheumatology, 23, 1621-1627.
- Moldofsky, H. (1988) Nonrestorative sleep and symptoms after a febrile illness in patients with fibrositis and chronic fatigue syndrome. Journal of Rheumatology, 16, 150-153.
- Nicassio, P.M., Schoenfel-Smith, K., Radojevic, V., Schuman, C. (1995) Pain coping mechanisms in fibromyalgia: Relationships to pain and functional outcomes. The Journal of Rheumatology, 22, 1552-1558.
- Nicassio, P.M., Schuman, C., Kim, J., Cordova, A., Weisman, M.H. (1997). Psychological factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. The Journal of Rheumatology, 24, 2008-2013.
- Pellegrino, M.J. (1997) The fibromyalgia supporter. Columbus, Ohio, CA: Anedem Publishing.
- Pillemer, S.R. (1994) The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis and treatment. Binghamton-USA: The Haworth Medical Press.
- Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401
- Reid, G.J., Gilbert, C.A., McGrath, P.J. (1998) The Pain Coping Questionnaire: Preliminary validation. Pain 76, 83-96.
- Rijken, M., Komproe, I.H., Ros, W.J., Winnubst, J.A. (1996) Het effect van de gezondheidstoestand op sociale steun: Een vergelijking tussen vrouwen met kanker, vrouwen met chronische aandoeningen en gezonde vrouwen. Gedrag en Gezondheid. 24, 76-89.
- Santor, D.A., Coyne, J.C., (1997) Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. Psychological Assessment 9, 233-243.
- Schaefer, K.M. (1995) Struggling to maintain balance: a study of woman living with fibromyalgia. Journal of Advanced Nursing, 21, 95-102.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W., Rooijmans, H. G. M. (1998) Illness perceptions and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. Journal of Psychosomatic Research. 44, 573-585.
- Schuessler, G., Konermann, J. (1993) Psychosomatic aspects of primary fibromyalgia syndrome. Journal of Musculoskeletal Pain. 1, 229-236.

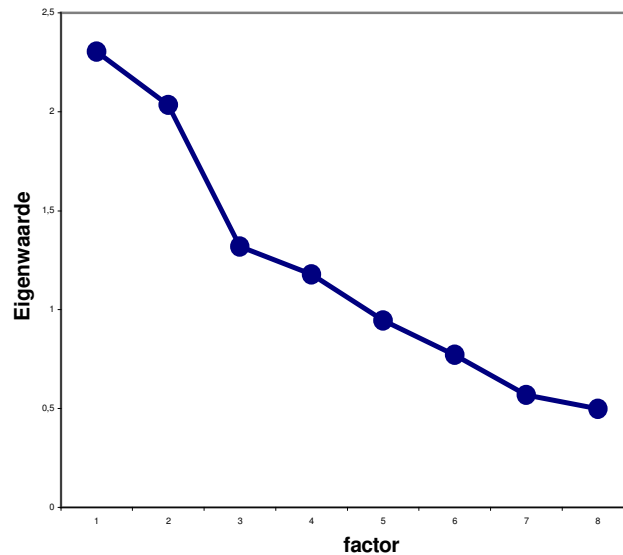
- Schwartz, L. Slater, M.A., Birchler, G.R. (1996) The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. Pain, 65, 227-233.
- Sprecher, S. (1986) The relation between iniquity and emotions in close relationships. Social Psychology Quarterly, 49, 309-321.
- Teeken-Gruben, N.J.G., Goossens, M.E.J.B., Nooyen-Haazen, I.W.C.J., Vlaeyen, J.W.S., Rutten-van Mölken, M.P.M.H. (1995) Cognitief-educatieve behandeling voor patiënten met het fibromyalgiesyndroom: een kosten-effectiviteitsstudie. Rijksuniversiteit Limburg.
- Thompson, S.C., Pitts, J. (1992). In sickness and in health: Chronic illness, marriage, and spousal caregiving. In S. Spacepan & S. Oskamp (Eds.), Helping and being helped. Newbury Park, CA: Sage, 80-99.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A. (1993). Perceptions of overprotection in ill adults. Journal of Applied Social Psychology, 23, 85-97.
- Walster, E., Berscheid, E. en Walster, G.W. (1973) New directions in equity research. Journal of Personality and Social Psychology, 25, 151-176.
- Walster, E., Walster, G.W., en Berscheid, E. (1978) Equity: Theory and research. Boston: Allyn and Bacon.
- Williamson, D., Robinson, M.E., Melamed, B. (1997) Pain behavior, spouse responsiveness, and marital satisfaction in patients with rheumatic arthritis, Behavior Modification, 21, 97- 118
- Wolfe, F., (1998). What use are fibromyalgia control points? The Journal of Rheumatology, 25, 546-550.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B. (1990) The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee, Arthritis & Rheumatism, 33, 160-172.
- Yperen, N.W. van, Buunk, B.P. (1990a). A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships, European Journal of Social Psychology, 20, 287-309.
- Yperen, N.W. van, Buunk, B.P. (1990b). Equity theory and exchange and communal orientation from a cross-national perspective. The Journal of Social Psychology, 131, 5-20.
- Zee, K.I. van der (1996) For better or for worse? Social comparison and coping with health problems. Master thesis, Rijksuniversiteit Groningen.
- Zee, K.I. van der, Sanderma, R., Heyink, J.W., Haes, H. de (1993) De psychometrische kwaliteiten van de MOS 36-item short form health survey (SF-36) in een Nederlandse populatie. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 71, 183-191.



Figuur 1: Tenderpoints volgens de ACR-criteria (Wolfe et al., 1990)

**Figuur 5:** Grafiek met daarin de eigenwaarden van de 8 principale factoren die via factoranalyse zijn verkregen.

**Tabel 1:** Factorladingen van de items op de verschillende factoren, na varimax rotatie



item		actief ziekte vermijdend	actief ziekte gericht	passief ziekte vermijdend	passief ziekte gericht
1	veel nadenken over aandoening, maar niets aan de situatie kunnen veranderen	.40	.35	.07	.19
2	zoveel mogelijk leven als voor de aandoening	.77	.03	-.01	.05
3	zoveel mogelijk over fibromyalgie te weten proberen te komen	.15	.80	.24	-.22
4	situaties vermijden, die beperkingen laten zien	.38	.22	.58	.13
5	graag naar gelegenheden waar men andere fibromyalgiepatiënten of partners tegenkomt	-.36	.75	-.00	.22
6	door de ziekte minder contacten hebben dan voorheen	-.30	.06	.91	-.06
7	zoveel mogelijk dezelfde dingen doen als gezonde mensen, ondanks de aandoening	.69	-.15	-.08	.07
8	gevoel dat anderen niet inzien dat men beperkingen heeft	.15	.01	.02	.97

**Tabel 3:** Correlaties behorende bij figuur 6

Partner	↔	Patiënt
---------	---	---------

	bufferen	Beschermend	Overbescherming bufferen	Beschermend	Overbescherming
<b>Partner:</b>					
Fibromyalgie impact functionele beperking		.12	.35*	.05	.22
Tevredenheid met de relatie		-.18	.24	.02	.32
Manier van omgaan met fibromyalgie:					
Passief ziekte-gericht		.21	.01	.25 <sup>+</sup>	-.02
Passief ziekte-vermijndend		.42**	.41**	.28*	.45**
Actief ziekte-gericht		-.01	.39*	.01	.39**
Actief ziekte-vermijndend		.03	.05	.23 <sup>+</sup>	.09
<b>Patiënt:</b>					
Fibromyalgie impact functionele beperking		.23	.35*	.28*	.21
Fibromyalgie impact subjectieve beperking		.37*	.29 <sup>+</sup>	.35*	.41**
Depressie		.46**	.24 <sup>+</sup>	.34**	.21
Tevredenheid met de relatie		-.38**	-.03	.07	-.04
Manier van omgaan met fibromyalgie:					
Passief ziekte-gericht		.15	.24 <sup>+</sup>	.27*	.16
Passief ziekte-vermijndend		.40**	.22	.48**	.21
Actief ziekte-gericht		.01	.18	.11	.17
Actief ziekte-vermijndend		-.26 <sup>+</sup>	-.22	.02	-.04
<sup>+</sup> p < .10 <sup>*</sup> p < .05 <sup>**</sup> p < .01					

Tabel 4:

**Multipiele regressie van functionele beperking, tevredenheid met de relatie en copingstijl op overbescherming en beschermend bufferen door de partner**

	Beschermend bufferen				Overbescherming			
	$R^2_{ch.}$	$F_{ch.}$	p	b	$R^2_{ch.}$	$F_{ch.}$	p	b
<u>Stap 1:</u>	.464	4.38	.008		.175	3.40	.025	
Functionele beperking				.08				.27 <sup>+</sup>
Tevredenheid met de relatie				-.47*				-.25
Actief ziekte-gericht				.02				.12
<u>Stap 2:</u>	.099	2.17	.105		.075	1.50	.23	
<u>Stap 3:</u>	.001	.081	.78		.019	1.12	.30	
<u>Stap 1:</u>	.23	4.81	.005		.155	2.96	.043	
Functionele beperking				.04				.32*
Tevredenheid met de relatie				-.54**				-.23
Passief ziekte-gericht				.07				.02
<u>Stap 2:</u>	.087	1.92	.14		.029	.53	.67	
<u>Stap 3:</u>	.026	1.76	.19		.005	.24	.59	

<sup>+</sup> p < .10

\* p < .05

\*\* p < .01

(tabel 4 wordt vervolgd)

### Vervolg tabel 4

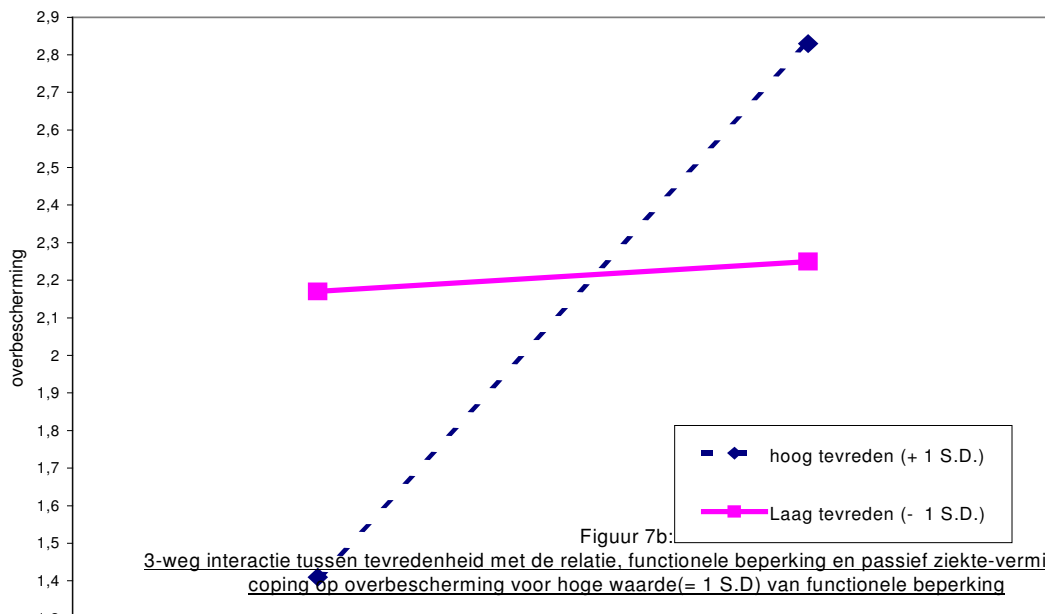
[illegible]

Stap 3:	.002	.146	.70	.042	2.84	.099
---------	------	------	-----	------	------	------

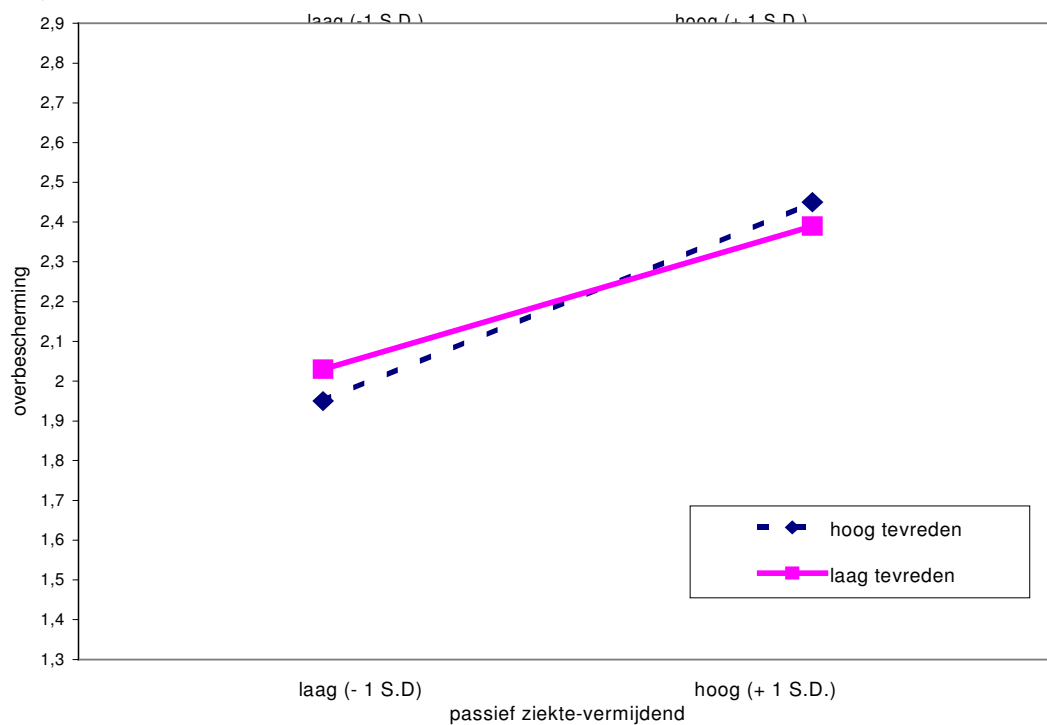
Funct. beperking x	
tevredenheid x	
passief ziekte-vermijndend	.20 <sup>+</sup>

<sup>+</sup> p <.10  
 \* p < .05  
 \*\* p < .01

Figuur 7a:  
 3-weg interactie tussen tevredenheid met de relatie, functioneren en passief-ziekte-vermijndend op overbescherming voor lage waarde (- 1 S.D.) van functionele beperking



Figuur 7b:  
 3-weg interactie tussen tevredenheid met de relatie, functionele beperking en passief ziekte-vermijndende coping op overbescherming voor hoge waarde(= 1 S.D) van functionele beperking





Tabel 5:

**Multipele regressie van de ervaren overbescherming, ervaren beschermend bufferen en tevredenheid met de relatie op depressie en subjectieve beperkingen bij de patiënt**

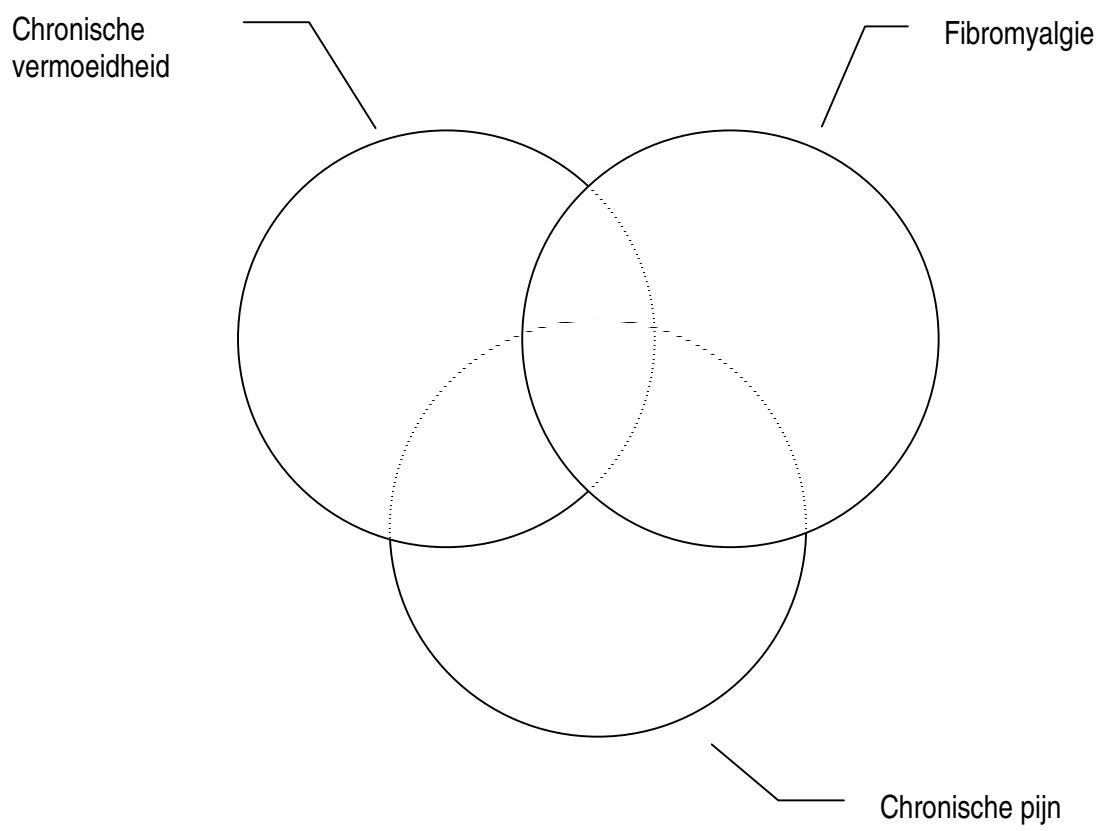
	Depressie				Subjectieve beperkingen			
	$\underline{R}^2_{ch.}$	$\underline{F}_{ch.}$	p	$\underline{b}$	$\underline{R}^2_{ch.}$	$\underline{F}_{ch.}$	p	$\underline{b}$
<u>Stap 1:</u>	.307	7.38	<.001		.24	3.50	.026	
Beschermend bufferen				.27*				6.10 <sup>+</sup>
Overbescherming			.24 <sup>+</sup>			10.65*		
Tevredenheid met de relatie				-.34*				.81
<u>Stap 2:</u>	.045	1.09	.36					
Overbescherming x beschermend bufferen				-.06				
Overbescherming x tevredenheid met de relatie				-.02				
Beschermend bufferen x tevredenheid met de relatie				-.18 <sup>+</sup>				
<u>Stap 3:</u>	-.041	3.09	.085					
Overbescherming x beschermend bufferen x tevredenheid met de relatie				.21 <sup>+</sup>				

<sup>+</sup> p < .10

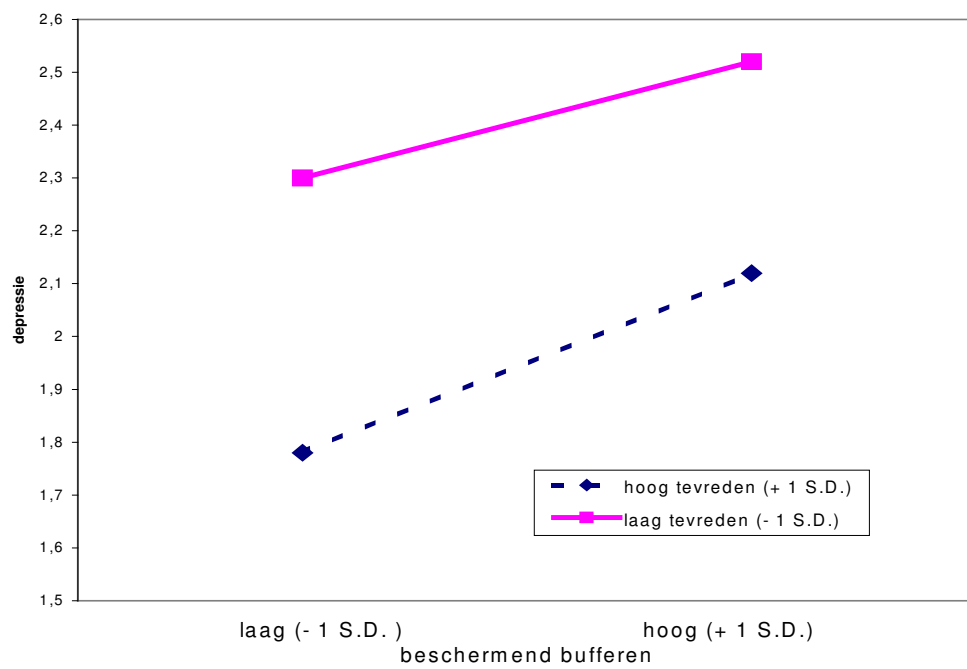
\* p < .05

\*\* p < .01

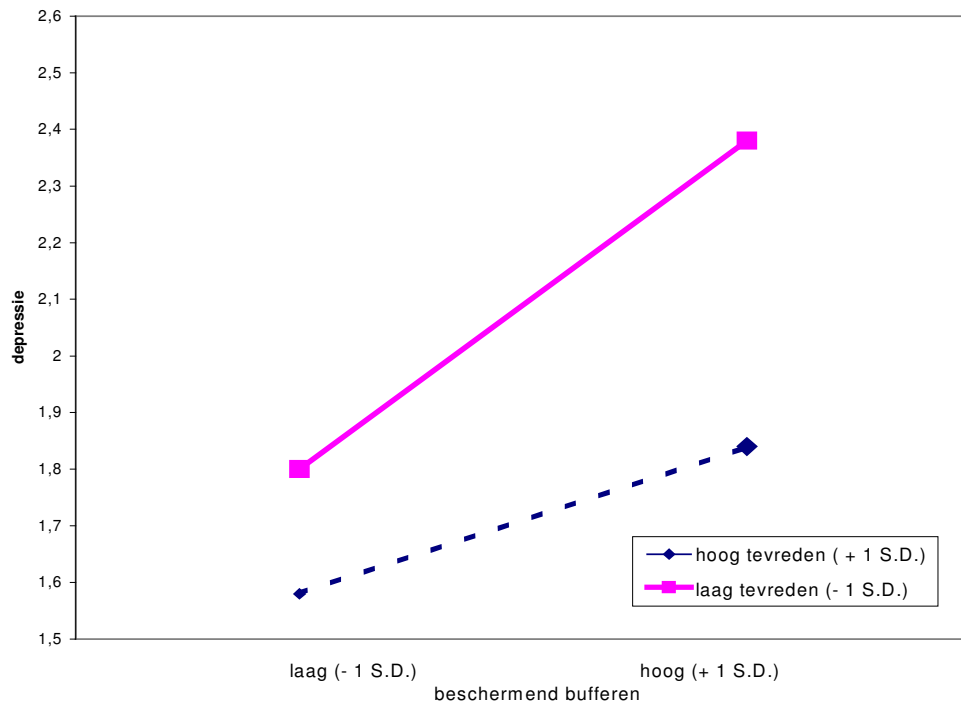
Figuur 2: Fibroyalgie en overlappende aandoeningen.



Figuur 8a:  
3-weg interactie-effect tussen overbescherming, beschermend bufferen en tevredenheid  
met de relatie op depressie voor hoge waarden (+ 1 S.D.) van overbescherming.



figuur 8b :  
3-weg interactie-effect tussen overbescherming, beschermend bufferen en tevredenheid  
met de relatie op depressie voor lage ( - 1 S.D.) waarden van overbescherming



## Bijlage 2: Items van de gebruikte vragenlijsten

### Fibromyalgie Impact Vragenlijst (FIQ)

Functionele beperkingen:

Was u/ uw partner in staat om...

- boodschappen te doen
- klusjes te doen in en rond het huis
- kleding te wassen met behulp van wasmachine en droger

- maaltijden klaar te maken
- af te wassen
- stof te zuigen
- bedden op te maken
- te fietsen
- een eind te lopen
- vrienden/ familie te bezoeken
- tuinieren
- auto te rijden

Subjectieve beperkingen:

- Wanneer u naar uw werk ging, in welke mate verstoorde pijn of andere symptomen van fibromyalgie uw mogelijkheden te werken?
- In welke mate heeft u pijn gehad?
- Hoe vermoeid was u?
- Hoe voelde u zich bij het wakker worden?
- Hoeveel last heeft u van stijfheid gehad?
- Hoe gespannen, nerveus of angstig voelde u zich?
- Hoe gedeprimeerd of neerslachtig voelde u zich?

#### Tevredenheid met de relatie

- Ik voel me gelukkig wanneer ik bij mijn partner ben
- We hebben ruzies
- Het gaat goed tussen ons
- Ik heb er spijt van aan deze relatie begonnen te zijn
- Mijn partner irriteert me
- Ik overweeg mijn partner te verlaten
- De aanwezigheid van mijn partner doet me plezier
- Ik heb het gevoel dat deze relatie niet zal standhouden

#### Beschermend bufferen; patiëntenversie

#### **Mijn partner....**

- probeert mij met een smoesje zover te krijgen dat ik mezelf niet overbelast
- probeert zijn/haar zorgen over hoe het met mij gaat voor zich te houden
- probeert te doen alsof er niets aan de hand is
- geeft maar toe, wanneer ik ergens moeilijk over doe
- wuift mijn zorgen weg
- doet er alles voor om te zorgen dat ik zo weinig mogelijk aan mijn fibromyalgie denk
- kan er niet tegen wanneer ik bang en bezorgd ben en doet dan maar of hij/zij het niet merkt

- neemt mij zoveel mogelijk werk uit handen

#### Beschermend bufferen; partnerversie

- Vaak probeer ik met een smoesje mijn partner zover te krijgen dat hij/zij zichzelf niet overbelast
- Ik probeer mijn zorgen over hoe het met mijn partner gaat voor me te houden
- Ik probeer te doen alsof er niets aan de hand is
- Wanneer mijn partner ergens moeilijk over doet, geef ik maar toe
- Zorgen van mijn partner wuif ik weg
- Ik doe er alles voor om te zorgewen dat mijn partner zo weinig mogelijk aan zijn/haar fibromyalgie denkt
- Ik kan er niet tegen wanneer mijn partner bang en bezorgd is, dan doe ik maar of ik het niet merk
- Ik neem mijn partner zoveel mogelijk werk uit handen

#### Overbescherming; patiëntenversie

Mijn partner....

- behandelt mij als een klein kind
- houdt mij steeds in de gaten
- let er wel goed op of ik mezelf niet overbelast

Eigenlijk heeft mijn partner het idee....

- dat hij/zij het omgaan met mijn fibromyalgie niet aan mij zelf kan overlaten
- dat als hij/zij er niet voortdurend bij blijft, ik mezelf overbelast
- dat ik zelf niet weet wat goed voor mij is

#### Overbescherming; partnerversie

- Ik behandel mijn partner als een klein kind
- Ik houd mijn partner steeds in de gaten
- Ik let er wel op of mijn partner zichzelf niet overbelast

Ik heb eigenlijk het idee...

- dat ik het omgaan met fibromyalgie van mijn partner niet aan hem/haar zelf kan overlaten
- dat als ik er niet voortdurend bij blijf, mijn partner zichzelf overbelast
- dat mijn partner zelf niet weet wat goed voor hem/haar is

#### CES-D (verkorte versie)

Tijdens de afgelopen week:

- Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen
- Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als mijn familie of vrienden probeerden mij er uit te halen
- Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden

- Voelde ik me gedeprimeerd
- Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte
- Sliep ik onrustig
- Was ik gelukkig
- Had ik plezier in het leven
- Was ik treurig

#### Fibromyalgie coping; patiëntenversie

##### Actief ziekte-gericht:

- Ik probeer zoveel mogelijk over fibromyalgie te weten te komen
- Ik ga graag naar gelegenheden, waar ik andere fibromyalgiepatiënten tegenkom

##### Actief ziekte-vermijgend:

- Ik probeer zoveel mogelijk te leven als voor mijn ziekte
- Ik heb weliswaar een aandoening, maar doe zoveel mogelijk dezelfde dingen als gezonde mensen

##### Passief ziekte-gericht:

- (Ik denk veel over mijn aandoening, maar kan weinig aan de situatie veranderen)
- Ik kan andere mensen toch niet duidelijk maken dat ik beperkingen heb

##### Passief ziekte-vermijgend:

- Ik vermijd situaties die mijn beperkingen laten zien
- ik ben minder actief in mijn sociale contacten dan voor mijn ziekte

#### Fibromyalgie coping; partnerversie

##### Actief ziekte-gericht:

- Ik probeer zoveel mogelijk over fibromyalgie te weten te komen
- Ik ga graag naar gelegenheden, waar ik andere partners van fibromyalgiepatiënten tegenkom

##### Actief ziekte-vermijgend:

- Ik probeer mijn partner te stimuleren zoveel mogelijk te leven als voor de ziekte
- Mijn partner heeft weliswaar een aandoening, maar ik stimuleer hem/haar zoveel mogelijk dezelfde dingen te doen als gezonde mensen

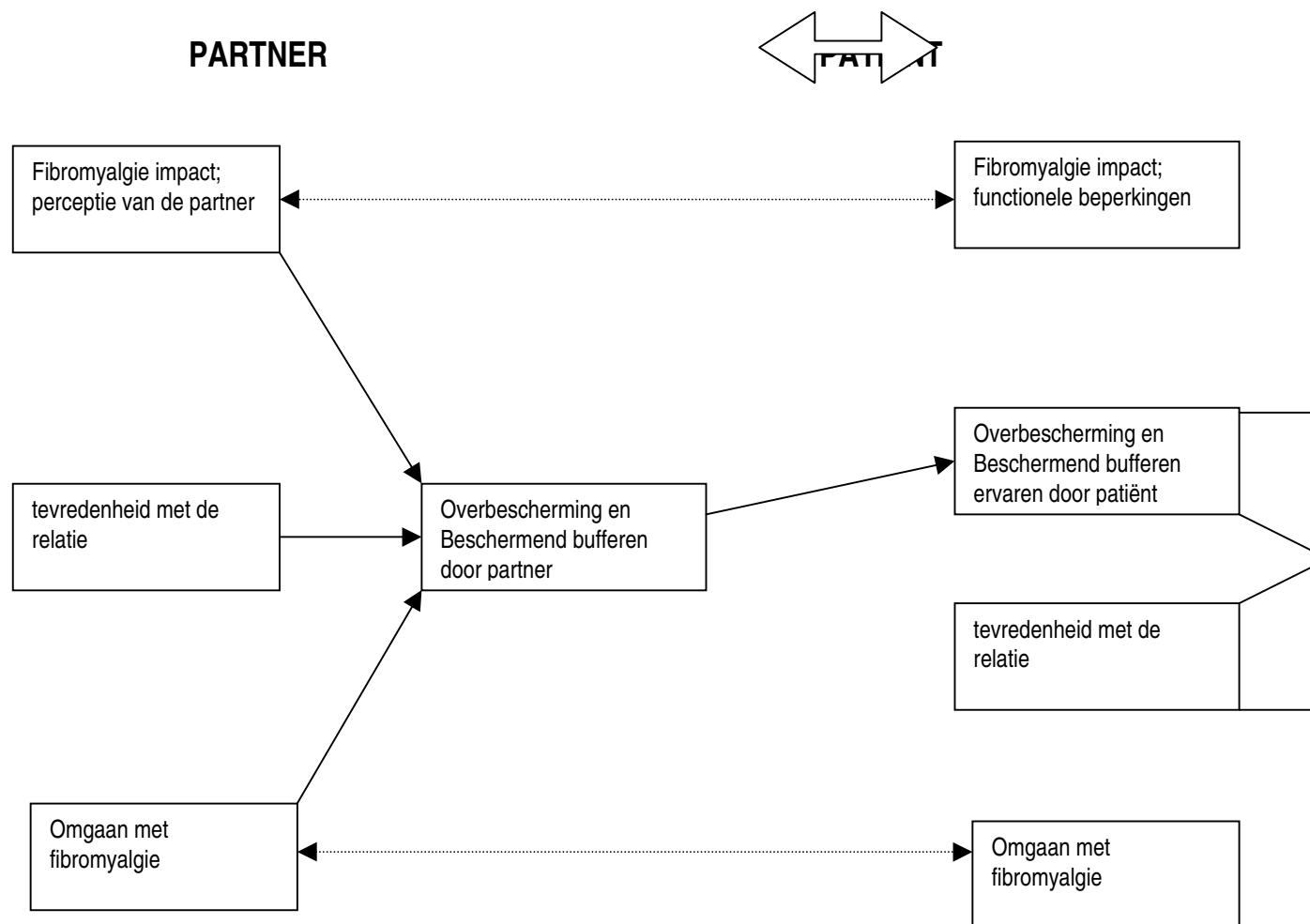
##### Passief ziekte-gericht:

- (Ik denk veel over de aandoening van mijn partner, maar kan weinig aan de situatie veranderen)
- Ik kan andere mensen toch niet duidelijk maken dat mijn partner beperkingen heeft

##### Passief ziekte-vermijgend:

- Ik vermijd situaties die beperkingen van mijn partner laten zien
- Door de ziekte van mijn partner heb ik minder contacten dan voorheen





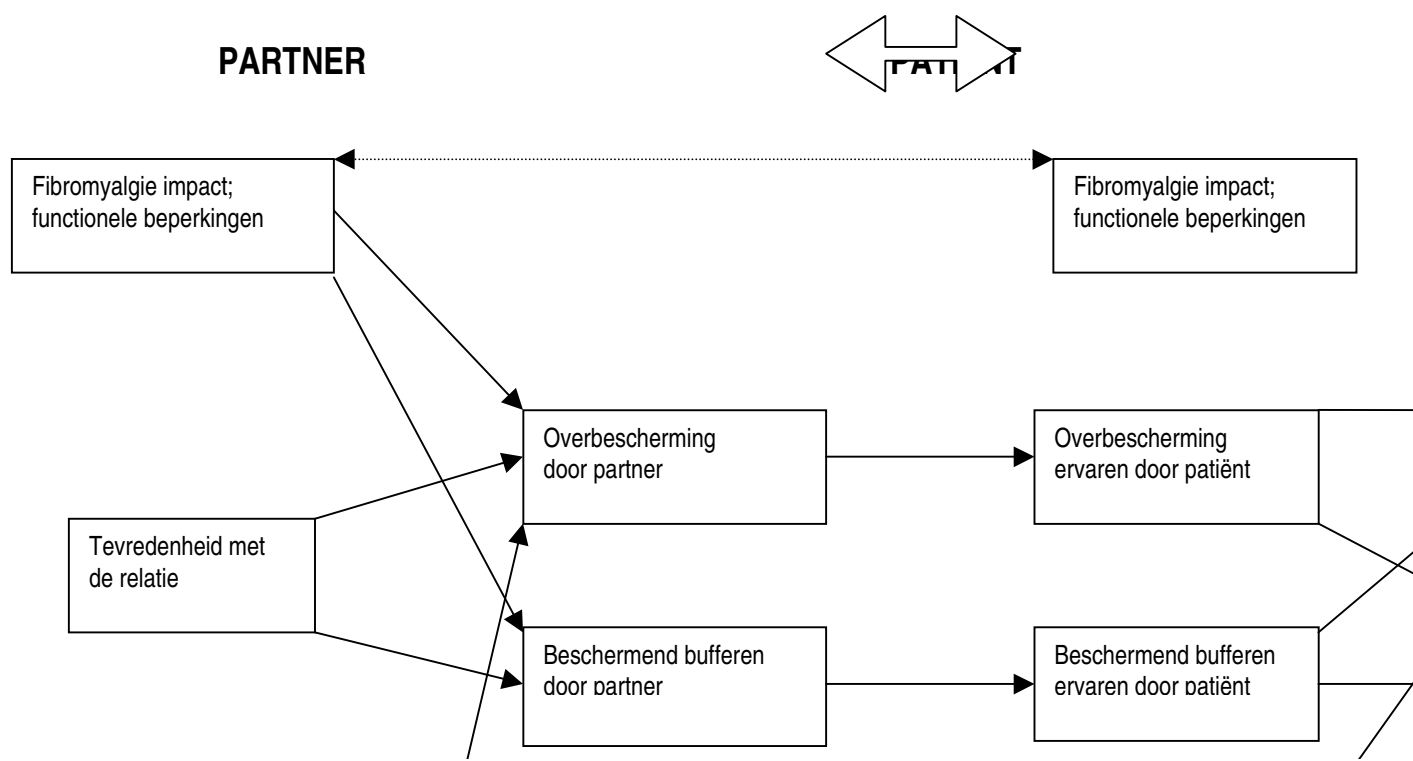
Figuur 4: Hypothetisch model van oorzaken en gevolgen van overbescherming en beschermend bufferen

Tabel 2: Correlaties tussen variabelen bij partner en patiënt

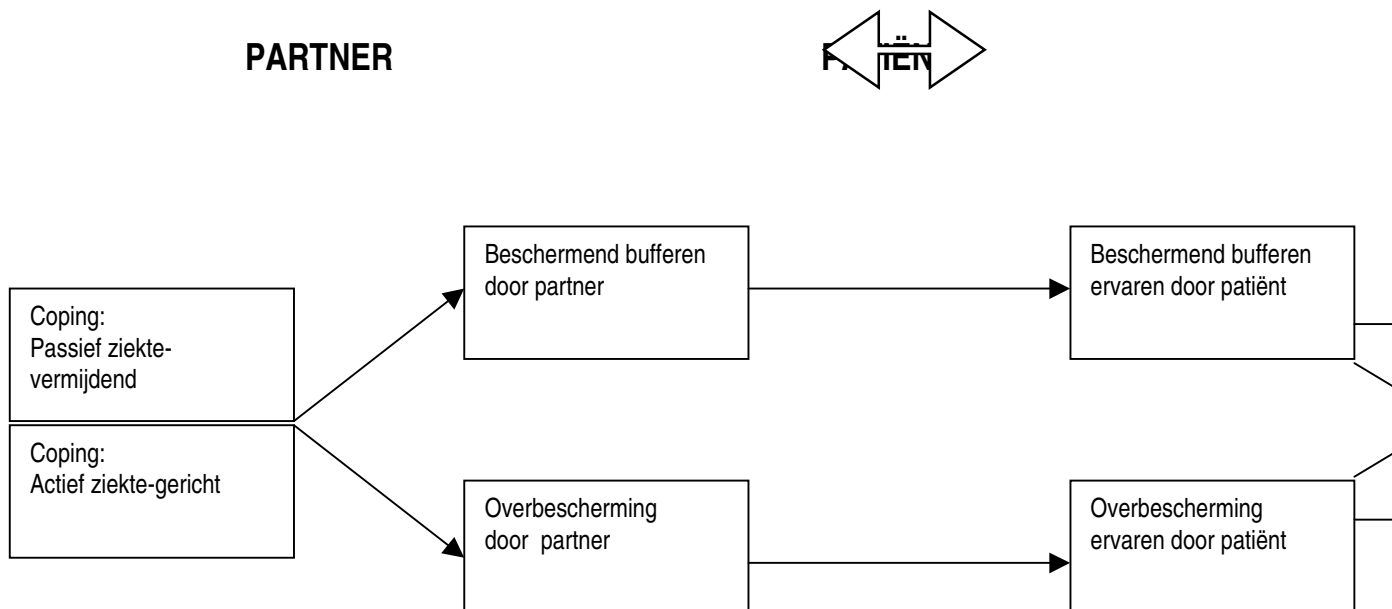
<b>Partner:</b>	Beschermend Actief beperkingen met de relatie ziektevermijgend	Over-Actief met de relatie	Functionele ziekte-gericht	Tevredenheid bufferen ziekte-vermijgend	Passief bescherming ziekte-gericht	Passief
<b>Patiënt:</b>						
Beschermend bufferen	.41**	.25	.05	-.05	.25	
.28*	.01	.23				

Overbescherming	.31* .39**	.72** .09	.22	.32	-.02	.45**
Functionele .26 <sup>+</sup> beperkingen	.23 .27 <sup>+</sup>	.35* -.17	.68**	.03	.18	
Subjectieve .32 <sup>+</sup> beperkingen	.37* .16	.29 <sup>+</sup> .14	.20	-.19	-.21	
Depressie .32*	.46** -.13	.24 .04	.21	-.21	.13	
Tevredenheid met -.09 de relatie	-.49* -.13	-.03 .04	-.21	-.06	-.23	
Manier van omgaan met fibromyalgie:						
Passief ziekte-gericht -.04	.15 -.01	.24 <sup>+</sup> .01	.11	.27	.29*	
Passief ziekte-vermijndend .36**	.40** -.08	.22 -.17	.27 <sup>+</sup>	-.12	.14	
Actief ziekte-gericht .07	.01 .25 <sup>+</sup>	.18 -.28*	.40**	-.09	.03	
Actief ziekte-vermijndend -.25	-.26 .02	-.22 .35**	-.37**	.01	-.00	

<sup>+</sup> p < .10  
<sup>\*</sup> p < .05  
<sup>\*\*</sup> p < .01



S  
 Figuur 6: Pad-model van overbescherming en beschermend bufferen  
 Stap 1  
 Stap 2  
 Afhankelijke variabelen



**Figuur 9:**

Getoetste mediator-effecten, met daarbij  
aangegeven in welke stap de variabelen in het